

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

N°

60

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 décembre 1895, à 1 heure

Par MARCO CHARALAMBIEFF

Né à Velico-Tirnov (Bulgarie)

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT
DE LA
CYSTITE BLENNORRHAGIQUE AIGUE DE L'HOMME

Président : M. TILLAUX, professeur.
Juges : MM. FOURNIER, professeur.
LEJARS, NETTER, agrégés.

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les différentes parties de l'enseignement médical*

PARIS
HENRI JOUVE
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine 15

1895

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 décembre 1895, à 1 heure

Par MARCO CHARALAMBIEFF

Né à Velico-Tirnovo (Bulgarie)

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT

DE LA

CYSTITE BLENNORRHAGIQUE AIGUE DE L'HOMME

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { FOURNIER, professeur.
 { LEJARS, NETTER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
Clinique médicale.	STRAUS.
	G. SEE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WAETHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERRER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien à l'hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

A MON CHER MAITRE

M. LE D^r BALZER

Médecin de l'hôpital du Midi



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553826_0068

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DE LA CYSTITE

BLENNORRHAGIQUE AIGUE DE L'HOMME

AVANT-PROPOS

De toutes les affections des organes génitaux de l'homme celle qu'on observe le plus souvent est certainement la blennorrhagie, pour laquelle un auteur moderne dit « c'est la maladie que tout homme a eue ou aura. » Dans la grande majorité des cas la blennorrhagie, ce « fléau de la jeunesse amoureuse » s'accompagne de certaines complications parmi lesquelles une des plus fréquentes est la cystite.

Pendant un séjour de quelques mois à l'hôpital du Midi (hôpital Ricord) dans le service de M. le D^r Balzer, nous avons eu l'occasion de voir un nombre assez considérable

de malades atteints de cystite au cours de leur blennorrhagie et traités pour cette affection. C'est les résultats de ces observations que nous allons relater dans notre thèse inaugurale.

Notre travail se bornera donc dans l'étude du traitement ou plutôt des divers traitements préconisés jusqu'à ce jour contre cette affection.

Nous diviserons notre sujet en deux parties : dans une première partie nous rappellerons aussi brièvement que possible la symptomatologie de la cystite blennorrhagique ; nous y ajouterons aussi un aperçu rapide sur les relations entre la cystite et l'ammoniurie, théorie qui a soulevé de vives discussions il y a quelques temps ; dans la deuxième partie nous exposerons les divers traitements préconisés jusqu'à ce jour en insistant plus particulièrement sur le régime lacté, qui à lui seul nous a donné très fréquemment de bons résultats et dans d'autres cas, combiné au traitement déjà connu et qui avait jusque-là échoué, a permis d'arriver vite à la guérison.

Nous relaterons pour terminer un certain nombre d'observations qui nous sont toutes personnelles.

Mais avant d'aborder notre sujet nous tenons à remercier ici nos Maîtres et en première ligne notre bien cher maître M. le D^r Balzer, sous l'inspiration duquel nous avons entrepris ce modeste travail ; c'est sous sa direction que nous avons appris la pratique des maladies vénériennes et ses bonnes leçons nous ont permis de nous initier à cette intéressante étude. Qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre grande gratitude et de notre affectueux dévouement.

Nous avons eu le bonheur d'être élève de MM. les professeurs Tillaux et Pinard, de MM. Pozzi, Jalaguier, Ricard, Marie, Thiéry (agrégés) ; nous les prions de bien vouloir accepter l'hommage de nos sincères remerciements pour leurs savants enseignements.

Que M. le professeur Tillaux veuille bien aussi agréer, avec nos hommages respectueux, tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

NATURE ET PATHOGÉNIE

La cystite blennorrhagique a été pendant longtemps le sujet de longues discussions et l'est encore de nos jours

Les premiers auteurs qui se sont occupés de cette question (Bonnière, Van Roosbroeck) nient complètement l'existence d'une cystite blennorrhagique. Ce dernier auteur soutient que le pus blennorrhagique ne se forme que sur des muqueuses munies de cryptes, telles que les muqueuses uréthrales et conjonctives; tandis que la muqueuse vésicale dépourvue de ces cryptes ne serait jamais attaquée par la blennorrhagie. Grâce aux travaux de M. Guyon et de son école la cystite blennorrhagique est admise de nos jours. M. Guyon a démontré qu'il existe une cystite blennorrhagique et non seulement du col mais aussi du corps, il invoque comme preuve de cette affection ce fait que l'urine dans certaines cystites, développées chez les blennorrhagiques, contient du pus au commencement, pendant et à la fin de la miction. Il va plus loin en affirmant que l'inflammation en montant peut atteindre les uretères, le bassin et le parenchyme rénal.

D'après Leprevost, la cystite blennorrhagique serait, le plus souvent, une uréthrite postérieure consécutive à une uréthrite antérieure, et produite par propagation. Comme preuve de cette assertion, il invoque ce fait que souvent chez les femmes atteintes de cystite blennorrhagique, la muqueuse vésicale n'est pas sensible à la pression; l'examen de l'urèthre postérieur avec une sonde à boule relève constamment, que cette partie est douloureuse et qu'il y a toujours une sécrétion de muco-pus et qu'enfin en faisant uriner le malade dans deux ou trois verres, la dernière portion de l'urine est claire, tandis que la première est seule trouble. Néanmoins, ce dernier auteur admet l'existence d'une cystite blennorrhagique aiguë du corps qui est très fugace et difficile à saisir parfois, et d'autres fois suraiguë et s'accompagne des lésions de même ordre du côté des reins.

Diday, tout en admettant que la cystite blennorrhagique dans certains cas n'est qu'une uréthrite postérieure, reconnaît que dans d'autres cas l'uréthrite postérieure reste à l'état d'uréthrite sans produire aucun symptôme de cystite. « Assez souvent pour ma part, j'ai vu d'après les réponses des malades, de quoi admettre des épidydimites se manifestant au cours d'une blennorrhagie, sans que le malade ait éprouvé de ténesme. Or, pour qu'il arrive de l'urèthre antérieur à l'orifice des canaux éjaculateurs, connaissez-vous au processus blennorrhagique d'autre route que l'urèthre postérieur?... Ainsi il a passé par là et sans y manifester sa présence par les symptômes que vous dites en résulter nécessairement ».

Ainsi la cystite blennorrhagique, non seulement du col

mais aussi du corps de la vessie, est aujourd'hui admise par tous les auteurs compétents (Guyon, Diday, Leprovost, Finger, Melchior, etc.).

Nous savons que la cystite est une inflammation de la vessie ; or, qui dit aujourd'hui inflammation, dit infection, et comme cette dernière ne peut avoir lieu que par l'intermédiaire des microbes pathogènes, nous sommes portés à nous demander quels sont ces microbes.

D'après M. Guyon la cystite blennorrhagique, comme toutes les autres complications blennorrhagiques, serait due à une infection mixte et non pas au gonocoque. Bumme déclare que les gonocoques ne peuvent pas vivre sur des muqueuses à épithélium plat, comme la vessie ; il admet cependant une exception pour le vagin des très jeunes femmes à épithélium tendu et délicat. D'après cet auteur l'infection vésicale est due à des coques qui vivent dans le pus blennorrhagique à côté des gonocoques.

Sanger affirme aussi que la cystite blennorrhagique est due à une infection mixte.

Rovsing est du même avis.

D'autre part, Jadasohn et Touton, après de longues recherches arrivent à conclure que le gonocoque peut vivre sur l'épithélium plat aussi. Ce dernier auteur admet que toutes les variétés d'épithélium peuvent servir de terrain d'invasion et de développement des gonocoques.

Eischhorst a aussi plusieurs fois trouvé le gonocoque (au microscope) dans le dépôt urinaire purulent de la cystique blennorrhagique.

M. Wertheim rapporte l'observation d'une fillette de huit ans atteinte de vulvo-vaginite et d'une cystite purulente avec gonocoques, la malade était en outre atteinte d'arthrite purulente. Il a trouvé de nombreux gonocoques dans la muqueuse vésicale, dans le tissu sous-muqueux et dans une veine trombosée sous-muqueuse (Séance du 14 juin 1895 de la société impéριο-royale de méd. de Vienne : *Sem. méd.*, 19 juin 1895).

Furbringer attribue aussi au gonocoque le pouvoir de déterminer la cystite : « La cystite peut en troisième lieu se produire par propagation d'une inflammation de voisinage en particulier dans la blennorrhagie par exemple ».

Dans deux cas de cystite blennorrhagique Krogius a décélé dans l'urine recueillie stérilement des gonocoques présentant les caractères typiques. « Ils étaient groupés dans les globules du pus ; ils se décoloraient à la méthode de Gram et enfin, ils ne se cultivaient pas sur les milieux nutritifs ordinaires. Dans les deux cas l'urine recueillie à la sonde contenait du sang et du pus et de plus, la réaction était acide ».

Max Melchior s'appuyant sur des faits pareils et sur ses propres observations affirme « *qu'il y a des véritables cystites blennorrhagiques causées par l'agent spécifique même, le gonocoque.* Ces cystites ne sont pas seulement limitées au col de la vessie, elles peuvent envahir tout le corps vésical. La réaction de l'urine est acide. Je ne me prononcerai pas sur leur fréquence ; pourtant je serai enclin à regarder le cas en question comme assez rare et insolite ; en règle générale la cystite est sans doute

une infection mixte déterminée par les autres microbes pyogènes vivant dans le pusblennorrhagique ».

M. Hallé est du même avis et déclare que sur le nombre considérable de cystites blennorrhagiques traitées chaque année à la clinique de Necker, on n'observe que quatre ou cinq cas de cystites blennorrhagiques à gonocoques de Neisser.

Ainsi donc, il est admis aujourd'hui presque par tous les auteurs, que la cystite blennorrhagique est due à une infection mixte dans la grande majorité des cas. Le microbe le plus fréquemment trouvé c'est le *coli-bacille commun*; quand aux autres micro-organismes *uro-bacillus liquefaciens*, *bacillus griseus*, *micrococcus albicans amplius et diplococcus flavus*, ils seraient beaucoup plus rares (Leube, Graser, Bumm, Albaran et Hallé, Clado, Krogius, Reblaub, etc.).

Mais ici, comme pour les autres maladies microbiennes, la seule présence des microbes ne suffit pas à produire la cystite. « Ce qui rend possible le développement de la maladie infectieuse, ce n'est pas la rencontre fortuite d'un homme et d'un microbe » (Bouchard). A côté des microbes, il faut encore des *conditions qui favorisent et préparent l'infection*.

Ces conditions agissent, soit en provoquant une stagnation de l'urine (rétrécies, prostatiques), soit en créant des altérations pathologiques de la vessie (hyperhémie, congestion, traumatisme, troubles de la nutrition), et ici se placent toutes les causes que nous avons déjà énumérées plus haut. Sans ces conditions, on peut injecter des bactéries dans la vessie sans produire le moindre symptôme

de cystite. Les expériences sur les animaux le prouvent. La clinique est aussi d'accord avec ces faits : on voit des gens qui se sondent pendant des semaines et des mois avec des instruments septiques sans éprouver le moindre symptôme de cystite.

Relation entre l'ammoniurie et la cystite. — Rovsing, après des expériences nombreuses sur les animaux, arrive à conclure que tous les microbes trouvés par lui dans la cystite (sauf le bacille tuberculeux) ont la faculté de décomposer l'urée. Parmi ces microbes, les uns seraient pyogènes, les autres non-pyogènes. Ces derniers agiraient seulement en décomposant l'urée, en rendant l'urine irritante pour la vessie et en provoquant ainsi une « cystite catarrhale » caractérisée par une urine ammoniacale non purulente. Les microbes pyogènes produiraient d'abord la décomposition de l'urée et un catarrhe vésical à urine ammoniacale, et ce n'est qu'après avoir préparé le terrain qu'ils mettraient en jeu leur propriété pyogène en pénétrant dans la muqueuse et produisant la suppuration. Donc, d'après cet auteur, la décomposition ammoniacale de l'urine serait le fait primitif et la cystite ne serait que consécutive à cette décomposition ; et par conséquent si un microbe pyogène ne possède pas la propriété de produire la décomposition ammoniacale de l'urine, il pourrait être injecté dans la vessie sans produire la cystite.

Cette théorie de Rovsing, quoique vraie dans certains cas, ne peut pas être appliquée à toutes les cystites.

Il est aujourd'hui démontré et admis, presque par tous

les auteurs (Melchior, Hallé, etc.) que certains microbes, tels que le bactérium coli commune, le streptococcus pyogène et le *gonocoque* bien que ne possédant pas la propriété de produire la décomposition ammoniacale de l'urine, peuvent tout de même produire la cystite. « *L'ammoniurie n'est souvent qu'un phénomène peu important* qui pourra survenir dans la marche d'une cystite ou rester absent; même il n'est pas rare que les cystites les plus graves avec infection urineuse aient présenté une urine acide jusqu'à la mort » (Melchior).

ETIOLOGIE

La cystite est une des complications les plus fréquentes de la blennorrhagie. Sur cent blennorrhagiens il y a au moins vingt-cinq qui en sont atteints (Tuffier, Leprevost) ; Diday l'a constaté trente-et-une fois sur quatre-vingt-deux sujets atteints de blennorrhagie.

La cystite blennorrhagique apparaît rarement dans la première semaine de l'infection blennorrhagique, le plus souvent c'est vers la troisième ou quatrième semaine qu'elle se déclare, alors que les symptômes les plus aigus de la blennorrhagie commencent à s'amender. Quelquefois elle éclate à une période beaucoup plus avancée de la gonorrhée et un grand nombre de cystites des vieillards n'ont pas d'autre origine, fait important à retenir pour ne pas qualifier de *cystite sans cause* les infections qui sont en réalité dues à ce reliquat de vieille gonorrhée (Tuffier).

La cystite quoique très fréquente au cours de la blennorrhagie, n'est pas néanmoins constante : cela s'explique par ce fait qu'à côté de la blennorrhagie se placent d'autres causes déterminantes et parmi ces dernières nous

citerons le rhumatisme, la goutte, les tempéraments scrofulueux, l'influence du milieu extérieur (froid) ; le régime alimentaire et l'hygiène y prennent une large part : les aliments fortement épicés, les boissons alcooliques, la bière, et tout ce qui augmente l'acidité de l'urine ou sa teneur en urates. Nous citerons encore les injections qui ont été maintes fois incriminées et souvent avec raison, les lavages (surtout ceux au permanganate de potasse), la masturbation, les excès de coït, la menstruation, les poussées d'hémorroïdes), etc.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

SYMPTOMES LOCAUX. — Au cours ou vers la fin de sa blennorrhagie, sous l'influence d'une des causes énoncées plus haut, et souvent même sans cause connue, le malade est pris des *besoins impérieux d'uriner*, qui se répètent tous les quarts d'heure et même beaucoup plus souvent le jour, un peu plus rarement la nuit. En même temps, l'évacuation de l'urine provoque une violente douleur rétro-pubienne. La fréquence de la miction est très variable; dans les cas légers les besoins d'uriner se répètent dix ou quinze fois par jour, dans les cas très graves ils peuvent atteindre le chiffre de 120 à 150 par vingt-quatre heures. L'incontinence d'urine n'est pas rare et le besoin d'uriner doit être immédiatement satisfait. Quelquefois il y a de la rétention d'urine, la vessie se distend et il peut être nécessaire de pratiquer le cathétérisme; cette rétention est quelquefois due à un certain degré de prostatite.

La douleur marche parallèlement avec la fréquence de la miction, elle se fait sentir au périnée, s'irradie vers le rectum, les testicules, les reins, les lombes, le long de la

verge et principalement à son extrémité. Elle atteint son maximum à la fin de la miction et diminue alors peu à peu, mais si les mictions se répètent très souvent, elle devient presque subcontinue (cystite douloureuse).

Le pus apparaît constamment dans les urines au cours de la cystite, mais en quantité très variable. L'expérience des trois verres montre qu'il est surtout abondant dans le premier et le troisième verre, tandis qu'il peut manquer dans le deuxième.

Quand on laisse cette urine au repos, il se dépose au fond un dépôt purulent constitué par du mucus, des sels, phosphates, carbonates, urates, cellules épithéliales de la vessie, globules du pus ; tandis que la partie supérieure est relativement claire. Les urines sont le plus souvent acides.

L'émission de quelques gouttes de sang à la fin de la miction est très fréquente au cours de la cystite blennorrhagique aiguë. Chez certains prostatiques, les urines sont sanguinolentes pendant toute la durée de l'émission, ce qui prouve que le corps de la vessie prend part à cette hémorrhagie (Tuffier).

L'albuminurie n'est pas rare dans la cystite indépendamment de l'hématurie.

Par le *toucher rectal* ou *vaginal*, on développe une douleur au niveau du trigone.

En injectant dans la vessie une solution aseptique (eau bouillie), on voit que dès que quelques grammes de liquide sont injectés, le besoin d'uriner se fait sentir : la distension vésicale est diminuée.

SYMPTOMES GÉNÉRAUX. — Existe-t-il de la fièvre au cours de la cystite? Pendant longtemps les auteurs admettaient que la cystite s'accompagne d'un état fébrile. M. Guyon a bien démontré qu'il n'en était rien. Il est des faits où l'on peut voir des cystites aiguës les plus douloureuses, sans la moindre élévation de température; et c'est là une notion de grosse importance : car dès qu'on constate une hyperthermie chez un malade atteint de cystite, on peut être certain qu'il y a une complication, soit du côté de la prostate, soit dans l'atmosphère péri-vésicale, soit le plus souvent du côté de l'appareil uréthro-rénal (Tuffier).

Nous aussi nous n'avons pas observé la moindre élévation de température chez aucun de nos malades atteints de cystite blennorrhagique *seulement*.

DIAGNOSTIC. — La fréquence des mictions, la douleur à la fin de celle-ci, l'expérience des trois verres et les conditions dans lesquelles s'est développée la maladie permettent d'éviter l'erreur.

On ne confondra pas la cystite blennorrhagique avec la névralgie vésicale qui est caractérisée surtout par de la douleur durant la miction et par l'émission des urines claires.

L'hypertrophie de la prostate ou la prostatite, produisent des besoins fréquents d'uriner : le toucher rectal, l'examen des urines, la température, lèveront les doutes.

L'urétrite postérieure est caractérisée par les besoins impérieux d'uriner et non par la fréquence des mictions,

par la suppuration du premier jet d'urine ; la sensibilité vésicale fait défaut (Tuffier).

Quant à la pyélo-néphrite, elle est caractérisée par des douleurs lombaires, la polyurie trouble et un état fébrile.

PRONOSTIC. — Dans les cas légers, la cystite blennorrhagique, bien soignée, guérit en dix à quinze jours ; mais il n'est pas rare aussi de la voir se prolonger des semaines et des mois, et passer à l'état chronique. Dans ce cas, la vessie, les uretères, les reins, sont envahis, l'état général s'altère, la fièvre s'établit, l'amaigrissement fait des progrès et le malade tombe dans la cachexie.

On a cité un certain nombre de cas de pyélites et de néphrites (interstitielles), consécutives à la cystite blennorrhagique.

Les *récidives* sont fréquentes, et il est rare qu'un malade qui a été atteint de cystite à sa première blennorrhagie, y échappe aux suivantes.

TRAITEMENT DE LA CYSTITE

La thérapeutique de la cystite peut être divisée en traitement interne et traitement local. D'une manière générale, on n'a pas toujours recours au dernier ; on l'emploie lorsque le traitement interne ne donne pas de résultats ou ne donne que des résultats médiocres.

A. — TRAITEMENT INTERNE.

1° *Hygiène et Régime.*

En présence d'un malade qui présente les symptômes d'une cystite aiguë il y a toujours quelques règles hygiéniques à suivre qui sont applicables dans tous les cas et qui, si elles ne guérissent à elles seules la maladie, sont au moins des adjuvants des plus utiles de tout traitement ultérieur quel qu'il soit et dans tous les cas.

Nous allons étudier en détail ces règles :

REPOS. — Dans la position verticale l'urine par son propre poids et par suite de la pression que lui communique la tonicité vésicale se collecte surtout dans les régions qui avoisinent l'orifice urétral et s'engage dans l'urèthre

prostatique enflammé : l'irritation qu'elle provoque en ce point développe le besoin d'uriner.

Dans le décubitus horizontal, au contraire, la vessie s'affaisse, retombe en arrière, et l'urine s'accumule dans le bas-fond de l'organe (Finger).

La première chose à prescrire donc à un malade atteint de cystite aiguë c'est de lui conseiller le *repos au lit*, repos aussi complet que possible. Nous avons été plusieurs fois témoin de ce fait que les envies d'uriner augmentent notablement de nombre chez les malades dès qu'ils essayaient à faire quelques pas dans la salle. Tous nos malades sans exception ont remarqué ce fait.

Le repos au lit a en outre une influence très marquée sur l'hématurie qui accompagne très souvent la cystite blennorrhagique aiguë : après un repos complet au lit pendant vingt-quatre à quarante-huit heures, l'hématurie cessait très souvent ou au moins était réduite à quelques gouttes d'urine légèrement rougies et dès que les malades faisaient quelques pas dans la salle la coloration en rouge des dernières gouttes devenait plus intense et souvent même franchement sanguinolente.

Nous avons observé un fait pareil chez un de nos camarades, étudiant, qui, ayant été pris d'une cystite avec hématurie au cours de sa blennorrhagie, continuait à suivre les cours à l'école : l'hématurie qui n'avait pas cessé malgré l'emploi du salol et santal, cessa dès le second jour lorsque le malade se décida à garder le repos.

RÉGIME. — Le régime du malade doit être aussi sobre que possible : pas de vin, ni bière, ni cidre, ni boissons

alcooliques quelconques, pas de café, ni de thé; pas d'aliments trop épicés, pas d'asperges.

Comme boisson on doit employer les tisanes que nous citons plus loin ou de l'eau additionnée au gré du malade avec du sirop d'orgeat, de groseille, d'orange, etc.

Le *lait* est la boisson qui convient le mieux aux malades atteints de cystite aiguë : il remplace dans ces cas non seulement les boissons mais aussi la nourriture et dans les cas intenses le *régime lacté intégral* constitue la meilleure médication de cette maladie. Les bienfaits de ce régime étaient connus par les anciens ; nous le voyons en effet fréquemment mentionné dans les auteurs sanscrits et plus tard par Hippocrate qui le prescrivait dans la phtisie qui s'accompagne d'un état fébrile modéré ; dans les fièvres lentes évoluant sans diarrhée, etc. Galien, Celse, Pline, Avicenne, etc., le recommandaient dans les mêmes circonstances. Sydenham l'a préconisé dans la goutte et Hoffman dans la phtisie dont il fit l'initiateur de la cure par le lait d'ânesse.

Les nombreux travaux de ces dernières années donnent à l'usage thérapeutique de cet aliment une valeur incontestée. Parmi les auteurs contemporains qui se sont occupés du régime lacté nous citerons les noms de MM. les professeurs Jaccoud et Debove en France et Johnston en Belgique.

M. Jaccoud, après l'avoir prescrit dans un bon nombre de maladies des voies urinaires, voici comment s'exprime :

«... Je vous ai dit, messieurs, que j'ai constaté l'efficacité de la médication lactée dans trois groupes de cas où

elle n'a pas été employée jusqu'ici. Mon expérience à ce sujet est aujourd'hui assez bien assise pour m'autoriser à vulgariser cette méthode de traitement.

«... La seconde série des faits renferme les catarrhes de l'appareil sécréteur de l'urine, depuis le bassinnet jusque et y compris l'urèthre : dans la période aiguë aucun agent n'est aussi efficace que le lait pour calmer les douleurs et pour délivrer le patient des souffrances que produit la miction ; une fois l'acuité initiale disparue, la médication, par les qualités spéciales qu'elle donne à l'urine, modifie l'état de la muqueuse malade et manifeste bientôt une action véritablement curatrice.

« Dans les catarrhes muqueux simples, je crois pouvoir affirmer le succès ; de plus j'ai réussi complètement dans deux cas, de pyélo-cystite muco-purulente dont le caractère purulent avait été bien et dûment constaté au microscope ; il est vrai que dans ces deux cas-là je fais marcher de pair l'hydrothérapie et le régime lacté.

« Cette nouvelle application thérapeutique du lait me paraît des plus précieuses, non-seulement en raison de l'efficacité et de la simplicité de la médication, mais aussi parce qu'elle met les malades à l'abri des dangers que crée l'administration inopportune des balsamiques.

« Il va sans dire que le catarrhe vésical lié à la présence des corps étrangers, de calculs dans la vessie ou des rétrécissements de l'urèthre, ne guérit pas plus par le lait que par les autres médications ; mais d'après mes observations sur les catarrhes graves non calculés, je suis convaincu que même alors le traitement lacté aurait une

action palliative plus salutaire et plus rapide que toute autre méthode thérapeutique.

A cette présomption je puis substituer une affirmation pour la période aiguë des blennorrhagies : toutes les fois que vous pourrez obtenir des malades qu'ils se soumettent pendant quelques jours au régime lacté exclusif, vous constaterez un affaissement rapide et complet de ces accidents initiaux, et, par suite, la durée totale de la maladie sera notablement abrégée » (Clinique de Lariboisière, 1873).

Johnson, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratique de Gande*, 1877, parle aussi du régime lacté dans la cystite. Cet auteur a appliqué ce traitement avec le plus grand succès.

Voici quelques-unes de ses observations que nous empruntons à la thèse d'agrégation de M. le professeur Debove :

a) OBSERVATION

Cystite datant du mois de mars 1874, traitée en janvier 1878, cause inconnue ; urine purulente ; régime lacté. Au mois de septembre la malade était guérie ; s'il survenait de temps à autre quelques accidents, il suffisait de reprendre le régime pour le faire disparaître.

b) OBSERVATION

Sujet âgé de 48 ans. Cystite consécutive à une blennorrhagie datant de deux ans ; guérison complète par le régime lacté.

c) OBSERVATION

Vessie irritable ; mictions répétées sans urines purulentes. Guérison qui persiste malgré la reprise du régime ordinaire.

Johnson recommande encore le lait après l'opération de la *lithotritie* et de la lithotomie, pour combattre l'irritation de la muqueuse vésicale.

Les phénomènes douloureux de la *cystalgie*, s'accompagnant de mictions fréquentes, sans modification des urines, peuvent aussi disparaître sous la seule influence de ce régime (Johnson). (Voir l'observation c) ci-dessus).

M. Rondot, agrégé de Bordeaux, a aussi employé ce traitement et voici comment il s'exprime à ce sujet :

« J'ai eu l'occasion d'employer le même régime dans le cours des nombreuses affections de la vessie qu'on observe chez les vieillards, et en dehors des cas précités, je l'ai vu réussir ordinairement lorsqu'en plus de ces symptômes locaux venaient à se développer des manifestations *fébriles*, se traduisant par l'élévation de la température, la sécheresse de la langue, une tendance manifeste à la diarrhée, du subdélire et des poussées dyspnéiques atténuées, survenant sans que le taux des urines fût notablement diminué. Le lait m'a toujours paru, dans ces cas de modalités si variées en cliniques, amener une véritable détente et dissiper à la fois les phénomènes dyspnéiques et les troubles concomitants du tube digestif, tout en permettant aux malades de lutter contre la dénutrition rapide qui se termine souvent par la mort ».

Des succès analogues ont été signalés dans la blennorrhagie aiguë et Winternitz en aurait obtenu six cas de guérison.

Voici encore comment M. Soulier s'exprime à propos des maladies des voies urinaires : «.... Le lait est ici à coup sûr, sinon toujours curatif, du moins le meilleur des palliatifs, de même que dans toute *affection inflammatoire ou simplement douloureuse des voies urinaires* ».... Les substances éliminées par l'urine (sous l'influence du régime lacté), sont chimiquement peu excitantes du parenchyme rénal et sans doute aussi de la muqueuse vésicale.

Malgré des opinions aussi favorables émises par ces éminents maîtres la médication lactée a été très peu employée dans la cure de la cystite : nous avons recherché dans un grand nombre d'ouvrages écrits sur la cystite (blennorrhagique ou non) et nous n'avons presque nulle part trouvé ce traitement signalé.

Dans ces derniers temps, notre cher Maître, M. le Dr Balzer, l'a mis en usage dans son service à l'hôpital Ricord (Midi), où il en a obtenu les plus beaux résultats, et ce sont ces beaux résultats qui nous ont engagé à faire notre thèse sur ce sujet.

Grâce à la permission que notre cher Maître nous a accordé de suivre les malades dans son service, nous avons pu nous convaincre dans l'efficacité de ce traitement.

Comment peut-on expliquer ces guérisons ?

De tout temps les auteurs anciens prescrivaient contre la cystite les diverses tisanes (telles que les tisanes de

bourrache, l'infusion de la mauve et feuille d'oranger, de queues de cerises, les décoctions de pariétaire, etc.), en croyant aux propriétés spéciales de la plante qui entrerait dans la composition de la tisane.

Aujourd'hui on pense autrement : toutes ces tisanes agissent principalement par la grande quantité d'eau qu'elles font ingérer au malade et qui, produisant la polyurie, lavent les surfaces malades ou diluent les matières irritantes de l'urine. Le lait remplit parfaitement avec avantage cette première indication.

En même temps que les tisanes, on prescrivait autrefois une diète sévère : pas de boissons alcooliques, pas de café, pas de nourriture substantielle (échauffante) ; or, en prescrivant le régime lacté, intégral, toutes ces conditions se trouvent remplies.

Une autre action aussi importante de ce régime, c'est celle qu'il exerce sur la composition des urines : on sait, en effet, qu'à l'état normal, les urines d'un homme sain sont toxiques et qu'il suffit d'injecter 50 c. c. d'urine pour tuer un kilogramme de lapin (Bouchard). Cette toxicité des urines augmente sous l'influence d'une nourriture substantielle et dès lors, on conçoit l'effet que ce liquide toxique produirait sur une muqueuse enflammée, telle que celle de la vessie et de l'urèthre ; or, le pouvoir uro-toxique se trouve notablement réduit sous l'influence de ce régime exclusif.

MM. Charrin, Roger et Surmont l'ont, du reste, démontré péremptoirement.

Dans des expériences encore inédites, M. le professeur Potain a pu se rendre compte de la réalité de cette dimi-

nution de la toxicité urinaire. Il a pu voir notamment que cette toxicité s'élevait rapidement dès qu'au régime lacté, exclusif on substituait une petite quantité de pain ou de biscuits (Aimery de Goyon).

Sous l'influence du régime lacté, l'urine devient claire, pâle, et présente un reflet jaune verdâtre, sa densité diminue et elle ne contient plus d'indol, de scatol, ni de phénol.

L'urine serait rendue en outre aseptique ou tout au moins par sa composition serait rendue moins favorable au développement des bactéries dans la vessie.

De tous ces faits, on voit que le régime lacté intégral constitue la meilleure alimentation pour les cystiteux : il faut persévérer dans son emploi assez longtemps et ce n'est que lorsque tous les symptômes de la cystite auraient disparu, qu'on peut prescrire le régime d'abord mitigé et bien plus tard seulement ordinaire.

Dans certains cas (Obs. XXII), nous avons vu que dès qu'on essayait de substituer au régime lacté intégral le régime mitigé, l'urine qui était déjà devenue claire, commençait à se troubler et les symptômes de la cystite réapparaissaient : il a suffi dans ce cas de reprendre le régime lacté intégral, pour voir tout rentrer dans l'ordre.

2° Agents médicamenteux.

a) *Tisanes*. — En parlant du régime lacté, nous avons dit que le lait peut remplacer les tisanes qu'on prescrivait très souvent autrefois et qui n'agissent principalement

que par l'eau qu'elles font ingérer au malade. Toutefois elles ne doivent pas être mises complètement de côté et quelquefois elles peuvent rendre quelques services. Celles qui sont prescrites le plus souvent sont les tisanes d'uva-ursi, de pariétaire, d'orge, de chiendent, de queues de cerises, etc.

Finger prescrit les suivantes :

Décoct. sem. lini.....	500 gr.
Tinct. opii spl.....	XV gouttes.
Aqua lauro-cerasi.....	10 gr.

S. Toutes les heures une cuillerée à soupe.

Herba herniariae.....	} à à 30 gr.
Herba chenopod. Ambrois...	

S. Comme thîé une tasse matin et soir.

b) Alcalins. — *Le biborate de soude* est fréquemment prescrit par M. Balzer à tous les malades atteints de cystite aiguë. Il le prescrit à la dose de 6 grammes par jour en solution :

Biborate de soude.....	30 gr.
Bicarbonate de soude.....	10 gr.

Mêlez deux cuillerées à café dans un litre de limonade au citron à prendre dans la journée. Le biborate de soude s'élimine rapidement par les urines auxquelles il donne une coloration légèrement jaune-verdâtre; il agirait simplement comme alcalin (Berlioz).

Le salicylate de soude a été employé avec succès par un grand nombre d'auteurs. Fürbringer en prescrit jus-

qu'à 8 ou 10 grammes par jour. M. Balzer n'a jamais dépassé la dose de 6 grammes par jour et il l'emploie surtout dans la cystite compliquée de rhumatisme blennorrhagique. L'élimination de ce sel par les urines est très rapide : après l'ingestion d'un gramme de salicylate de soude on peut en constater la présence dans l'urine au bout de huit (Balz) ou dix minutes (G. Sée), une heure après une dose de 5 grammes. La durée totale de l'élimination varie entre vingt et quarante-huit heures ; 63 0/0 de la dose ingérée s'élimine par les urines. L'élimination se fait sous quatre formes : 1° à l'état libre ; 2° sous forme de salicylate de potasse ; 3° à l'état de combinaison insoluble dans l'éther ; et 4° sous celui d'acide salicylurique (G. Sée). Le salicylate de soude agirait non-seulement comme alcalin, mais aussi comme antiseptique des voies urinaires.

Le salicylate de soude est prescrit le plus souvent en solution :

Salicylate de soude.....	4 à 6 gr.
Sirop de limon.....	} à à 60 gr.
Eau de menthe.....	

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

M. Balzer l'associe le plus souvent au bicarbonate de soude :

Bicarbonate de soude.....	30 gr.
Salicylate de soude.....	10 gr.

Mêlez deux cuillerées à café dans un litre de limonade au citron à prendre entre les repas dans les vingt-quatre heures.

...Le bicarbonate de soude est aussi souvent prescrit dans la cystite, il rend les urines alcalines et favorise l'excrétion du mucus. On le prescrit, soit dissous dans une tisane, soit sous forme d'eau minérale. « Celles-ci doivent être prescrites avec prudence. Les eaux minérales telles que celles de Prebleau, Gleischenberg, etc., sont indiquées tant qu'il n'existe qu'un catarrhe léger muqueux et que la réaction de l'urine est manifestement acide. Mais si l'urine est faiblement acide ou déjà alcaline, s'il y a tendance à la phosphaturie, ces boissons sont absolument contre-indiquées. Elles contribuent à entretenir l'alcalinité des urines, à exagérer la phosphaturie et à entretenir ainsi la maladie. Il importe de toujours maintenir l'acidité des urines et quand celles-ci sont alcalines, il faut s'efforcer de leur rendre le degré d'acidité voulue en donnant à l'intérieur les balsamiques, le tanin, le salicylate de soude, l'acide benzoïque ou camphrorique et surtout salicylique » (Finger).

Parmi les eaux minérales françaises usitées en pareil cas nous citerons les eaux d'Evian, Vittel, Contrexeville, etc.

c) *Antiseptiques divers.* — L'acide salicylique a été prescrit à l'intérieur par Fürbringer, Bonaventura, Belli, Guéneau de Mussy, etc., et ils sont parvenus ainsi à empêcher la fermentation ammoniacale de l'urine chez les malades atteints d'affection de la vessie. Nothnagel et Rossbach, Salkowski et Fleischer pensent que toute l'acide salicylique ingérée se transforme dans le sang en salicylate de soude aux dépens des phosphates et carbonates.

Toutefois ce médicament, de même que le salicylate de soude, est contre-indiqué si le malade est atteint d'une affection rénale, parce qu'il produit souvent des congestions rénales et augmente l'albuminurie (G. Sée).

Salol. — Le salol très vanté contre la cystite aussi bien que contre l'urétrite peut être prescrit dans les mêmes cas et il est souvent mieux toléré par les voies digestives que le salicylate de soude. Il se décompose dans l'intestin en acide salicylique et en phénol, tous les deux absorbés par la muqueuse intestinale. L'élimination de l'acide salicylique du salol ne commence qu'une heure et demi à deux heures après l'ingestion du salol et dure 24 à 48 heures suivant la dose (Cornet). D'après M. le professeur Guyon on ne peut pas compter sur le salol à l'intérieur pour réaliser l'antisepsie des voies urinaires ; il ne paraît pas exercer une grande action sur le ferment ammoniacal ; néanmoins il peut rendre des services chez les malades exposés à des infections des voies urinaires (Bazy). Le salol est prescrit à l'intérieur sous forme de cachets de 0,25 à 0,50 centigrammes à prendre toutes les heures jusqu'à la dose de 2 à 6 grammes par jour ; il faut en même temps surveiller les urines.

Les D^{rs} Denys (professeur à l'Université de Louvain) et Ch. Shuyts (assistant au Laboratoire de pathologie expérimentale) ont fait des recherches intéressantes sur l'action du salol sur les microbes incriminés de produire la cystite : le bacillus lactis aérogènes, le streptococcus pyogenes, le staphylococcus pyogenes, le bacillus tuberculosis.

Avant de décrire ce qui se passe dans les urines au salol, il est nécessaire d'exposer comment se comportent les trois agents de la cystite.

En mettant dans le thermostat des urines normales inoculées avec les trois microbes, on constate dès le lendemain, qu'elles se sont troublées mais inégalement. Voici les résultats que ces auteurs ont obtenu avec leur propre urine :

Etat des cultures après 24 heures dans les urines normales :

	Transparence	Réaction	Odeur	EXAMEN microscopique
Bacille aérogène.	Trouble marqué	Acide.	Normale	Beaucoup d'organisme
Streptocoq. pyog.	Trouble faible.	Acide.	Normale	Organismes plus rares.
Staphyloco. pyog.	Trouble marqué	Alcaline.	Ammoniacale.	Beaucoup d'organisme

Si au lieu d'ensemencer les urines normales on opère sur les urines au salol, voici ce qu'on observe :

Urines au salol (6 grammes de salol pris à l'intérieur dans les 24 heures).

	Après un jour de couveuse	Après deux jours de couveuse	Après trois jours de couveuse	Observations
Tubes témoins.	Aucun trouble	Aucun trouble	Aucun trouble	Les requipa- ge fait sur agar reste stérile. id.
Tubes avec bac. aërog.	id.	id.	id.	
Tubes avec strep- tocoque.	id.	id.	id.	
Tubes avec sta- phylocoque.	id.	Trouble à peine percepti- ble.	Trou- ble léger Réaction alcaline. Au mi- croscopé coques et diploco- ques peu nom- breux.	

TABLEAU V

Urines au salol (8 grammes de salol pris à l'intérieur dans les 24 heures).

	Après un jour.	Après deux jours.	Après trois jours.	Observations.
Tubes témoins.	Rien.	Rien.	Rien.	Les urines ont une forte teinte de sa- lol.
B. Aërogène.	id.	id.	id.	
Streptocoq. pyog.	id.	id.	id.	
Staphylocoque.	id.	id.	id.	

TABLEAU VI

Urines au salol (dose faible 4 grammes de salol pris à l'intérieur dans les 24 heures).

	Après un jour de cou- veuse.	Après deux jours de cou- veuse.	Observations.
Tubes témoins.	Aucun trouble.	Aucun trouble.	
B. Aërorogène.	Trouble à peine sensible.	Trouble lég. Réac- tion acide.	Une culture faite avec une anse, le deuxième jour donne une centaine de co- lonies.
Streptocoque.	Aucun trouble.	Aucun trouble.	Les cultures res- tent stériles.
Staphylocoque.	Trouble à peine sensible.	Trouble lég. Réac- tion alcal.	Les cultures don- nent beaucoup de colonies.

Ainsi « avec 4 grammes de salol on peut donc encore exercer dans le système urinaire une action antiseptique très marquée. » « Non-seulement les doses médicamenteuses du salol enrayent le développement des agents de la cystite mais elles les font périr. L'usage de ce médicament dans les infections urinaires se trouve, par conséquent, basé sur des faits expérimentaux tout à fait concluants ».

Malheureusement ces auteurs ne nous disent rien de l'action du salol sur le gonocoque de Neisser, néanmoins, comme les expériences portent sur les microbes le plus

souvent rencontrés dans la cystite blennorrhagique, elles méritent d'être prises en considération.

L'acide borique à la dose de 1 à 4 grammes par jour est aussi quelquefois prescrit : il rend l'urine acide et claire.

L'acide oxalique a été préconisé dans ces derniers temps par Marsh et Renaud à la dose de 0,40 à 0,50 centigrammes et même un gramme par jour.

Acide oxalique.....	1 gr.
Sirop d'Ec. d'orange amère.....	80 gr.
Eau distillée.....	120 gr.

d) Une cuillerée à bouche toutes les 4 heures.

L'acide benzoïque et le benzoate de soude sont aussi prescrits quelquefois mais ils paraissent être inférieurs aux autres.

Le chlorate de potasse à la dose de 3 à 5 grammes par jour est prescrit par le professeur Eschrich de la Faculté de Gratz. D'après les observations du Dr Zurcarelli il rendrait dans ces cas les urines plus claires, diminuerait les douleurs de la miction et faciliterait l'écoulement urinaire en réveillant les contractions de la vessie. Il le donne en poudre fine à l'intérieur à la dose de 10 à 20 grammes par jour et en injection vésicale à la dose de dix grammes pour un litre d'eau.

Le chlorate de soude a été récemment essayé par M. Balzer sans grand succès.

La piperazine a été aussi vantée par les D^{rs} F. Schermery et Diesenthal (de Berlin) : elle donnerait suivant

eux des résultats supérieurs à toutes les autres médications internes.

d) *Balsamiques*. — L'eau de goudron, le baume de tolu ou du Pérou sont fréquemment prescrits sans inconvénients. M. Diday a obtenu des excellents et prompts résultats sur lui-même par l'emploi d'un bol de *térébenthine de Venise* de la grosseur d'un noyau de cerise avalé matin et soir. Dupuytren prescrivait aussi la térébenthine à la dose de huit à vingt pilules contenant chacune 0,1 décigramme. Il la prescrivait aussi en lavement :

Térébenthine de Venise.....	1 gr.
Extrait de jusquiame.	0 gr. 30
Jan d'œf.....	N° 1
Eau de son... ..	un verre

- L'*Essence de Santal* a été aussi employée avec succès.
« Dans presque tous les cas deux ou trois jours suffisent pour supprimer le pissement de sang, le nombre des mictions et la douleur » (Durand, Th. de Paris).

Le *baume de copahu* a été conseillé à l'intérieur à la dose de quatre à huit grammes par jour. Bretonneau, Ribes, Delpech, l'ont prescrit aussi en lavement. Rollet considère même cet agent thérapeutique comme le meilleur remède de la cystite blennorrhagique et l'administre dans la potion de Chopart. Cette potion fait souvent et très vite cesser les douleurs et le ténesme, mais souvent aussi elle est complètement impuissante. On peut la prescrire si les autres médications n'ont pas donné de résul-

tats, mais dans tous les cas il ne faut pas la continuer plus de trois ou quatre jours. P. Diday conseille même de s'en abstenir complètement s'il s'agit d'une cystite développée au cours d'une blennorrhagie très aiguë, parce que la suppression d'un flux abondant urétral pourrait aggraver la cystite.

Le *Kava-Kava*, piper méthysticum, plante originaire des îles de l'Océanie, dont la racine sert à préparer une liqueur qu'on emploie comme diurétique et anti-blennorrhagique. Elle a été surtout étudiée en France par Gubler, Dupouy, Labarthe, etc. Dans la blennorrhagie elle produit une sédation rapide de la douleur et de l'érithisme inflammatoire (Gubler) dûs peut-être à ses propriétés analgésiques. Chéron l'a prescrit avec succès dans la cystite des femmes atteintes des affections utérines. On la prescrit sous forme de macération (10 grammes) pour un litre d'eau ou à l'état d'extrait fluide à la dose de 2 à 3 grammes par jour.

Peut-on prescrire les balsamiques à n'importe quel moment dans la cystite blennorrhagique ? Comme les balsamiques, qui passent pour être les plus efficaces contre la cystite, sont en même temps le remède interne presque unique que nous possédons contre la blennorrhagie, la réponse de cette question résultera de la réponse d'une autre question, question d'ailleurs très importante, à savoir : Lorsque la cystite s'est déclarée, peut-on et doit-on attaquer la blennorrhagie ? Théoriquement parlant il serait bon et logique de débarrasser le malade le plus tôt possible de cet écoulement — cause première de l'autre mal. Mais en clinique les choses se passent autre-

ment. Et d'abord pour supprimer l'écoulement nous n'avons que deux moyens : le traitement local et le traitement interne. Le traitement local, plus efficace que le traitement interne, se compose des injections et des lavages ; or, ce traitement local (et surtout les lavages au permanganate de potasse qui constituent pour le moment le traitement de choix) à lui seul a déjà été maintes fois incriminé, et souvent avec raison, d'avoir produit la cystite chez des gens qui auraient peut-être traversé leur chaudepisse sans voir éclater chez eux cette complication. Il ne peut donc même en être question au cours de la cystite. Reste le deuxième traitement — le traitement interne par les balsamiques à la tête desquelles se place le copahu et le cubèbe. Mais ce traitement pour être efficace demande certaines conditions : il faut que les symptômes aigus de la blennorrhagie soient passés et l'écoulement soit devenu blanchâtre et *filant* quand on le prend entre les doigts à la distance de 1 centimètre environ ; or, ces conditions et surtout la dernière ne se trouvent réalisées que vers la fin du deuxième mois (on dit à tort, croyons-nous, vers la fin de la troisième semaine), tandis que la cystite éclate surtout vers la troisième ou quatrième semaine. D'autre part l'inflammation vésicale, lorsqu'elle éclate, produit sur celle de l'urèthre et par conséquent de l'écoulement, une sorte de dérivation, l'écoulement diminue notablement et à ce moment il nous est, sinon impossible, au moins difficile de mesurer son degré d'acuité et d'agir en conséquence. Si dans ces conditions nous prescrivons les balsamiques, nous pouvons quelquefois facilement arrêter l'écoulement, mais ce sera

un succès coûteux et éphémère : coûteux, parce que la cystite sera aggravée, fait qui a été noté par les auteurs les plus compétents ; éphémère, parce que une fois les balsamiques supprimés (et on sera forcé de les supprimer par l'augmentation d'intensité des symptômes de la cystite) l'écoulement reparaitra « malgré tous vos efforts médicateurs, il persistera, vous laissant le regret d'avoir usé vos meilleures armes pour n'obtenir qu'un succès éphémère » (Diday).

Donc le mieux dans ces cas est de prescrire le repos, le régime lacté combiné aux antiseptiques des voies urinaires et de ne pas s'occuper de la blennorrhagie que lorsque les symptômes de la cystite auraient disparu. Quant aux balsamiques nous croyons qu'ils peuvent être surtout prescrits dans les cystites qui éclatent au cours de vieilles blennorrhées, là où ils ne pourront porter leur action que sur la muqueuse vésicale enflammée.

B. — TRAITEMENT LOCAL.

1^o *Traitement péri-vésical.*

Les *cataplasmes* émollients de farine de graine de lin, arrosés avec du laudanum de Sydenham ou de l'huile de jusquiame et appliqués sur l'hypogastre, rendent des services contre les douleurs.

Les *narcotiques* sont également employés contre les douleurs et surtout l'insomnie qui en résulte. On les prescrit rarement à l'intérieur ; le plus souvent ils sont

employés sous forme de suppositoire, à l'extrait de jusquiame ou de belladonè uni à l'extrait thébaïque, à la morphine, à la cocaïne, à l'ichtyol, etc. Les quarts de lavements laudanisés rendent également des services. Ils sont surtout conseillés par Ricord dans la note suivante : « Cette irritation de la vessie qui s'accompagne de ténésme et d'une excrétion souvent sanguine cède surtout à l'emploi de quarts de lavements froids opiacés » (Hunter, *Trad. de Richelot*, t. 2, p. 269, note de Ricord).

La saignée au temps de Chofart était fort en honneur. « Si les symptômes ne cédaient pas aux deux saignées aux bras faites dans l'espace de quinze à vingt heures, il fallait appliquer des sangsues au périnée, à l'anus ou bien ouvrir la veine dorsale de la verge ».

La saignée locale est encore aujourd'hui prescrite et avec succès par certains auteurs (Diday, Tillaux) : application d'une quinzaine de sangsues au périnée.

Les *applications froides* sont aussi utiles : les lotions à grande eau sur l'abdomen, le périnée et les bourses, la douche anale, produisent parfois un soulagement immédiat, mais souvent peu durable. Il en est de même des lavements d'eau froide auxquels Ricord reconnaît une action sédative des plus marquée.

La *glace* peut rendre de réels services dans les cas suraigus, on peut en faire des applications sur le périnée, l'hypogastre ou bien en introduire un morceau dans le rectum ou le vagin, après l'avoir laissé fondre un instant dans la main pour en faire disparaître les aspérités. M. Gazenave (de Bordeaux) publiait au mois d'avril 1873 (*Revue de Thèrap. mèd. chir.*, n° 7, 1873), un mémoire

sur l'emploi de la glace dans le rectum contre la dysurie et l'ischurie occasionnées par les rétrécissements de l'urèthre et l'hypertrophie de la prostate. Ce traitement a paru applicable aussi à la cystite blennorrhagique aiguë à M. Horand de Lyon qui en a retiré de très bons résultats.

Voici une observation de ce dernier auteur.

« M. P..., vient me consulter dans les premiers jours du mois de septembre dernier pour une blennorrhagie dont il est atteint depuis le commencement du mois d'août. Malgré cette affection, il a été obligé de se rendre à Londres et à Bruxelles. Aussi n'a-t-il pu se guérir. Cependant il a fait usage du copahu et du cubèbe à hautes doses sous forme d'opiat et de savonules Lebel.

Lors de sa première visite, je constate l'existence d'un écoulement à l'état subaigu et le malade accuse des besoins assez fréquents d'uriner, avec des douleurs au moment de l'émission des dernières gouttes d'urine. Il présente en outre les symptômes d'un embarras gastrique très prononcé qu'il attribue à l'abus des savonules Lebel. Je lui prescris une limonade purgative, de la tisane d'orge et de graines de lin et des pilules de jusquiame et de camphre.

Deux jours après ce malade revient me voir : cette fois il est en proie à une fièvre intense, avec agitation telle qu'il ne peut rester un instant assis. De plus les besoins d'uriner ont augmenté de fréquence et après chaque émission d'urine le malade éprouve un ténesme vésical plus intense que les jours précédents. Je lui conseille de rentrer immédiatement chez lui, de faire usage de la glace dans le rectum et de prendre dans la soirée 0,50 de sulfate de quinine.

Au bout de deux jours je reçois la visite de ce malade dont l'état a complètement changé. Sa physionomie exprime un certain contentement. Il me raconte que le soulagement ne s'est pas fait longtemps attendre après l'emploi de la glace. Dans la soirée la dysurie avait diminué d'intensité, et, le lendemain matin il put uriner sans difficulté. Néanmoins il avait continué à faire usage de la glace dans la journée. Quant à l'écoulement il ne m'a pas paru avoir été sensiblement modifié. Les jours suivants le malade se borne à boire des tisanes émollientes. La cystite ne reparait point. Alors je prescris des injections avec une solution de sulfate de zinc et il part pour Paris à la fin de septembre, son écoulement étant à peu près tari.

Le 13 octobre ce malade m'écrit pour me demander quelques conseils au sujet de sa blennorrhagie, qui a repris une certaine acuité sous l'influence de la fatigue du voyage et des longues courses qu'il a été obligé de faire. Néanmoins il n'éprouve aucun symptôme de cystite et il me rappelle avec plaisir le soulagement que lui a procuré la glace, soulagement qu'il n'a point oublié, tant les souffrances ressenties par le fait de cette complication étaient vives ».

Des succès pareils ont été signalés par Aubert, Bron, etc.

2° *Traitement intra-vésical.*

Dans la grande majorité des cas, les cystites blennorrhagiques, même celles qui éclatent brusquement avec hématurie abondante, douleurs vives, etc., cessent au trai-

tement interne aidé par le repos et l'hygiène. Il ne faut donc jamais se presser de recourir à la médication intra-vésicale, et il faut toujours attendre pendant quelques jours les effets du traitement interne. D'ailleurs, le traitement intra-vésical se composant de lavages de la vessie et des instillations, n'est pas sans présenter quelques inconvénients et même des dangers : les lavages qui forcent le liquide à passer à travers un canal très enflammé (cystite développée pendant la période aiguë d'une blennorrhagie) ou le passage de la sonde à travers ce même canal, peuvent avoir dans quelques cas des mauvaises conséquences.

Le traitement intra-vésical est surtout indiqué, croyons-nous, dans les cystites qui traînent en longueur ou qui ont de la tendance à passer à l'état chronique. Ce traitement, avons-nous dit, se compose de lavages de la vessie ou des instillations des solutions antiseptiques et caustiques.

Les *lavages* se font à l'aide d'une sonde qu'on introduit dans la vessie à travers l'urèthre. La sonde qu'on emploie le plus souvent est en caoutchouc à large lumière munie de deux yeux latéraux. Les sondes métalliques, et surtout celles à deux courants, sont défectueuses parce que leur lumière est trop petite pour laisser faire un bon lavage. La sonde doit être aseptique et conservée dans une solution antiseptique (eau boricée).

L'appareil injecteur se compose d'une seringue à anneaux de 150 à 200 grammes ; elle offre l'avantage de transmettre à la main la sensation de résistance que le liquide peut rencontrer.

Manuel opératoire. — 1) Le méat préalablement désinfecté, on introduit avec douceur la sonde dans la vessie en suivant les règles recommandées par le cathétérisme ;

2) La sonde introduite dans la vessie, le contenu vésical est évacué ;

3) Cela fait, la sonde est ramenée dans l'urèthre prostatique où l'un des yeux doit être engagé de façon à assurer le lavage de l'arrière-canal ; vers la fin de l'opération elle doit être repoussée dans la vessie (Desnos) ;

4) L'embout de la seringue est ajusté à l'extrémité externe de la sonde et l'injection est poussée par petits coups, c'est-à-dire par fractions de 50 à 80 grammes incapables de produire une distension violente. Il va sans dire que si l'injection est simplement modificatrice, on injecte beaucoup moins ;

5) La seringue est retirée et l'on laisse le liquide s'écouler : il faut le laisser sortir naturellement sans l'aider par la pression hypogastrique ;

6) Avant que la vessie soit complètement vide on renouvelle l'injection en prenant les mêmes précautions, et ainsi de suite, jusqu'à ce que le liquide ressorte limpide : deux ou trois seringues suffisent généralement ;

7) Il est bon, après le lavage vésical, de faire un lavage de l'urèthre en retirant la sonde (Manquat).

Depuis quelques années M. Lavaux a préconisé les lavages de la vessie *sans sonde*. Son appareil n'est autre chose que le laveur qu'on emploie dans les hôpitaux : système de siphon amorcé à l'aide d'une poire en caoutchouc. Le tube de la même matière long de 1 m. 50

à 2 mètres se termine par un embout en verre ou en caoutchouc. Le siphon étant amorcé on le met à une hauteur variable (1 m. 50 environ): par suite de la pression atmosphérique le liquide pénètre dans l'urèthre postérieur, et de là, dans la vessie. On peut employer aussi l'appareil qui sert pour faire les lavages de l'urèthre dans la blennorrhagie et qui diffère du précédent par l'absence de la poire en caoutchouc et parce que le tube au lieu d'être plongé de haut en bas dans le réservoir est appliqué à l'aide d'un bouchon à un orifice qui se trouve à la partie inférieure du réservoir. Avant de faire le lavage on engage le malade à uriner et on lave soigneusement le prépuce et le gland d'abord avec du savon et puis avec une solution de sublimé à 1/1000; il va sans dire que la canule doit être d'une asepsie absolue. De même si l'on fait le lavage sans sonde il faut laver bien l'urèthre antérieur avant de pousser le liquide jusqu'à la vessie, pour cela on abaisse le récipient à une hauteur moitié moindre (0,50 à 0,75 centimètres, au-dessus la verge du malade assis): de cette façon la pression atmosphérique ne peut pas forcer le liquide à pénétrer jusqu'à la vessie. Quand on juge que l'urèthre antérieur est suffisamment lavé on élève le réservoir à la hauteur voulue (1 m. 50 à 2 mètres) et on applique bien la canule contre les parois du méat de manière à empêcher la sortie du liquide. Chez certains malades le liquide pénètre dans l'urèthre postérieur et de là dans la vessie avec une grande facilité; chez d'autres le sphincter uréthral offre un obstacle plus difficile à franchir et quelquefois même en cas de spasme, presque infranchissable. Le plus souvent au

bout de quelques instants de résistance le liquide pénètre dans l'urèthre postérieur et de là dans la vessie. Pour faciliter la pénétration du liquide on doit recommander au malade de respirer librement, de ne pas se contracter et même de relâcher ses muscles comme s'il voulait uriner. Bientôt le liquide pénètre dans la vessie et le besoin d'uriner se fait sentir ; on laisse le malade expulser le liquide et l'opération est recommencée ainsi jusqu'à ce que le laveur soit vidé (Balzer).

Pendant le lavage le malade peut être couché ou assis.

Agents médicamenteux. — Les lavages ont pour but de laver la vessie et d'aider mécaniquement à l'expulsion des sécrétions morbides qui se font sur ces parois ou de modifier ses parois. Il y a donc lieu de faire une distinction entre les liquides des lavages suivants qu'ils ont un but purement mécanique ou un but modificateur :

1° Les lavages mécaniques ne doivent être faits qu'avec un liquide aseptique : l'eau bouillie répond parfaitement à cette indication ;

2° Les lavages modificateurs ont pour but les antiseptiques. Parmi ces derniers celui qui est le plus souvent employé c'est l'eau boriquée saturée (à 4 0/0). On assure les concentrations du liquide en ajoutant un peu du biborate de soude :

Acide borique. . . .	50 grammes
Biborate de soude. . .	5 —
Eau distillée bouillante	945 —

(DESNOS).

M. Lavaux a obtenu des solutions encore plus saturées (à 15 0/0) en ajoutant de la magnésie calcinée à la dose de 1 gramme 3 pour 100. M. Balzer ajoute fréquemment à la solution boriquée de l'acide salicylique à la dose de 1 pour 2000.

Le pouvoir antiseptique de l'acide borique a été vivement critiqué dans ces derniers temps. MM. Tarnier et Vignal ont constaté que la solution boriquée à 30 pour 1000 ne tue pas en une heure le streptocoque pyogène et le staphylocoque doré. M. Berlioz a constaté aussi que la solution saturée (à 40 p. 1000) ne tue pas le straphylococcus albus même après trois jours de contact.

Melchior a constaté aussi que la *solution boriquée à 4 0/0 n'était pas capable de tuer un seul des microbes* et ne retardait la croissance que d'un seul (le streptobacillus anthracoides). Néanmoins cet auteur ne nie pas toute l'importance de l'acide borique dans le traitement de la cystite, mais il reconnaît que M. Guyon a raison en se prononçant ainsi sur cette substance : « Il est plus préservatif que curatif ».

Le *nitrate d'argent* est aussi très employé en lavage contre toutes les cystites (excepté les cystites tuberculeuses) et c'est lui qui donne les meilleurs résultats contre cette maladie.

« Dans une leçon clinique : « *Le nitrate d'argent et la chirurgie urinaire* », publiée en 1891, notre maître M. le Dr Guyon a insisté sur le remarquable pouvoir antiseptique du nitrate d'argent, vis-à-vis des microbes infectieux urinaires. S'appuyant sur une série d'expériences faites dans son laboratoire il a montré : que le nitrate

d'argent, même en faible dose, retarde ou arrête le développement de ces organismes en culture dans l'urine ; qu'une très faible dose d'argent métallique réduit, ou de sel d'argent insoluble (chlorure d'argent), rend impropre à la culture, des milieux nutritifs ordinaires, gélatine, bouillon, urine ; ainsi additionnés d'argent ces milieux ne s'infectaient pas à l'air. Et cette action des sels insolubles est particulièrement intéressante à relever : injecté dans l'urine vésicale, à la dose thérapeutique, le nitrate d'argent se transforme aussitôt en chlorure d'argent qui se précipite.

« Ainsi donc, pouvoir préservateur, pouvoir microbicide voilà les propriétés expérimentales des sels d'argent. Cette action antiseptique, à la fois prophylactique et thérapeutique se retrouve dans la pratique ; c'est elle qui fait du nitrate d'argent un de nos meilleurs remèdes » (Note de Hallé in Melchior : « *Cystite et infection urinaire* », trad. française par Hallé).

M. Guiard, après une longue série d'expériences, variées de différentes façons, est arrivé au résultat que, ni le sublimé, ni l'acide salicylique, ni le sulfate de cuivre, ni l'acide borique ne tuent le ferment, la tortule ammoniacale. Ils peuvent retarder plus ou moins la fermentation, mais non pas l'empêcher. Il en est autrement du nitrate d'argent, le nitrate d'argent est l'agent qui aux doses les plus faibles a eu l'action la plus énergique.

Rovsing est arrivé aux mêmes résultats que Guiard, à savoir : « que le nitrate d'argent est le seul remède qui exerce en solution à 2 0/0, 5 0/0 et 10 0/0 un effet infailliblement mortel sur la totalité des formes microbiennes.

Rovsing démontre encore comment le nitrate d'argent réunit en soi ces deux propriétés d'une importance capitale : d'être bactéricide et de pouvoir pénétrer dans les tissus ».

Melchior a fait aussi des expériences *avec les substances employées généralement contre la cystite sur les microbes cystiques les plus fréquents* (bactérium coli commune, le streptococcus pyogènes et le proteus de Hauser). « Des fils de soie, imbibés de cultures sur bouillon fraîches de l'espèce bactérienne en question, furent trempés dans la solution médicamenteuse ; au bout de cinq à dix minutes, ils furent retirés avec une pince stérilisée, lavés à l'eau stérilisée et implantés, partie sur gélose, partie sur urine normale acide ; puis les tubes furent placés à l'étuve à 37°, pour constater s'il y aurait des cultures ou non. Pour les expériences comparatives on se servait toujours de fils de soie imbibés de cultures pures, implantés sans aucune préparation dans la gélose et l'urine.

« J'ai borné ma tâche à l'essai des trois remèdes locaux le plus généralement usités, savoir : *le nitrate d'argent* en différentes concentrations, *la solution boricuée aqueuse* à 4 0/0, l'huile iodoformée à 10 0/0.

« Les résultats obtenus par ces essais, apparaissent clairement dans le tableau suivant et sont très frappants :

Forme bactérienne	Sol. d'acide borique 4 0/0 5 minutes	Huile iodoformée 10 0/0 5 minutes	Sol. de nitrate d'argent 1/500 5 minutes	Sol. de nitrate d'argent 1/300 5 minutes	Sol. de nitrate d'argent 1/200 5 minutes	Sol. de nitrate d'argent 1/100 5 minutes	Sol. de ni rate d'argent 2 0/0 5 minutes	Expériences com paratives
Bactérium coli com- mune.	Culture	Culture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Culture
Streptococcus pyogè- nes	Culture	Culture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Culture
Proteus de Hauser	Culture	Culture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Culture
Staphylococcus liq. ureae	Culture	Culture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Culture
Diplococcus liq. ureae	Culture	Culture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Culture
Streptobacillus an- thracoïdes	Culture	Culture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Pas de cul- ture	Culture

« D'après ces expériences, je n'hésiterai pas à confirmer l'influence capitale du nitrate d'argent sur les différents microbes de la cystite ; c'est à juste titre que l'on attribue à cette substance un rôle principal dans le traitement local de la cystite, de préférence à tout autre remède. »

« Nous proposerons donc le traitement suivant : on évacue l'urine, on remplit la vessie d'une solution de nitrate d'argent à 1/500 ou à 1/200, qu'on y laisse pendant 5 minutes, pour irriguer ensuite la vessie avec de l'eau boriquée. Ce traitement est répété selon les circonstances une ou deux fois par jour ; les malades le supportent bien et nous l'avons appliqué souvent à la clinique avec des résultats satisfaisants ; si ce procédé se montre insuffisant on pourra toujours concentrer davantage la solution » (Melchior).

Ces lavages argentiques ne doivent être faits qu'avec la sonde et, malgré l'opinion de Melchior, nous croyons qu'ils ne doivent être faits que tous les deux ou trois jours. Il faut toujours évacuer la solution avec la sonde : dans un cas où le liquide avait été évacué au bout d'un certain temps par la miction, M. Balzer a vu survenir une orchite par le fait de la recrudescence de l'uréthrite provoquée par le nitrate d'argent.

Parmi les autres substances employées dans le traitement local de la cystite blennorrhagique nous citerons les suivantes :

L'ichtyol a été récemment vanté aussi bien contre l'uréthrite que contre la cystite blennorrhagique. Les lavages sont faits avec une solution d'ichtyol de 0,5 0/0 à 1 0/0 qu'on injecte dans la vessie après l'apaisement des

phénomènes les plus inflammatoires. Sous l'influence de ce traitement tous les symptômes du catarrhe vésical subaigu ou chronique, tels que dysurie, réaction alcaline et odeur ammoniacale de l'urine, disparaîtraient définitivement en 25 à 30 jours (Villetti, de Rome).

L'antipyrine exerce une action analgésique dans toutes les cystites dont le traitement par les topiques est douloureux. M. le Dr Vigneron (de Marseille), conseille d'injecter dans la vessie non distendue, avant de pratiquer le lavage ou l'instillation, dix ou vingt grammes d'une solution d'antipyrine à 4 0/0 qu'on laisserait agir pendant dix minutes environ. L'antipyrine, outre l'action analgésique, possède encore une action antiseptique et hémostatique que l'on a l'occasion d'utiliser dans les hémorragies si fréquentes dans la cystite blennorrhagique.

La créoline a été aussi employée en lavages à la dose de 10 à 15 gouttes pour 250 grammes d'eau tiède. D'après le professeur Escherich (de Gratz), elle serait surtout utile lorsque les urines sont acides. Il prescrit en même temps le salol à l'intérieur à faibles doses.

La *microcidine* (combinaison de naphtol β avec la soude dans des proportions déterminées et différentes du naphtolate de soude) a été employée avec succès contre la cystite par M. Marboux de Contrexeville : il l'a prescrit en injections vésicales à 3 à 5 pour 100.) et à l'intérieur. Elle rend les urines, non-seulement aseptiques, mais encore antiseptiques, car étant recueillies au milieu des crottins, elles ne se putréfient pas (Bérlioz).

Parmi les autres substances employées en lavages de la vessie dans la cystite nous citerons le chlorate de potassé

(Zurcarelli), l'acide phénique, le sublimé, le biiodure de mercure, le sulfate de quinine à 1/800, la résorcine (Finger), le formol (Lamarque), etc.

Les *instillations* préconisées par M. le professeur Guyon, ont remplacé avec avantage, les porte-caustiques de Lallemand et de Langlebert.

Le grand avantage des instillations, comme l'a démontré Jamain, est de porter la solution sans atténuation sur un point limité de l'urèthre et comme souvent la cystite blennorrhagique n'est qu'une uréthrite postérieure, on comprend facilement l'avantage de ce mode de traitement. De plus les instillations nous permettent de verser le médicament dans la vessie elle-même, ce qui est impossible à faire avec le porte-caustique.

Les instillations se font avec la sonde à olive perforée de Guyon, n° 12 ou 14 pour l'urèthre postérieur et de la petite seringue en verre gradué du même auteur. On peut les remplacer au besoin par la seringue de Pravaz ou même par une seringue en verre ordinaire avec une extrémité effilée. Il faut dans ce dernier cas employer une sonde à entonnoir un peu large.

Il va sans dire que tous ces instruments doivent être d'une asepsie absolue.

Avant de faire l'instillation on fait uriner le malade dans deux verres, pour juger de l'état de son mal. La sonde huilée est introduite jusqu'à la vessie en suivant les règles recommandées pour le cathétérisme ; alors on fait tomber dans la vessie quelques gouttes de la solution médicamenteuse en donnant autant de tours au piston de la seringue. Il est souvent utile de laisser tomber quelques gout-

tes de la solution dans l'urèthre postérieur en retirant la sonde.

Après l'instillation on recommande au malade de rester tranquille et surtout de ne pas uriner.

La solution de nitrate d'argent à 1 à 5 0/0 est celle qu'on emploie le plus souvent et qui donne les meilleurs résultats. Nous nous sommes assez étendu plus haut sur l'action de ce sel dans la cystite et nous nous contenterons de rappeler que ce sel agit comme un puissant bactéricide, la plus grande partie se transforme en chlorure d'argent qui possède le même pouvoir antiseptique que le nitrate.

Les effets des instillations argentiques sont parfois merveilleux et très souvent deux ou trois instillations suffisent pour faire disparaître tous les symptômes.

D'autres fois le traitement doit être continué assez longtemps, mais « jusqu'à présent nous avons toujours vu les cystites les plus intenses céder à l'emploi de ces trois prescriptions : régime lacté, lavages boricisés ou borosalicylés et instillation de nitrate d'argent à 1/50. Il faut ajouter que les instillations ont dans le traitement un rôle plus important et plus décisif que les lavages dont on pourrait souvent se passer » (Balzer).

Les instillations ne sont faites que deux ou trois fois au plus dans la semaine.

Ordinairement les instillations ne doivent être faites que lorsque les symptômes les plus aigus de la cystite ont diminué, et que la cystite traîne en longueur ou présente une certaine tendance à passer à la chronicité.

Néanmoins on peut les employer quelquefois dans les

cas très aigus accompagnés d'hématurie abondante : ce sont alors les *instillations d'urgence* (Balzer), puis on les laisse, en attendant le résultat du traitement interne.

Vers la fin de l'année 1890, M. Guyon a préconisé les instillations au sublimé : la vessie étant vide on commence par instiller dans l'urèthre postérieur et dans la vessie vingt à soixante gouttes de la solution de sublimé à 1/5000 (sans alcool) ; plus tard on peut porter progressivement la dose jusqu'à 1/1000. Ces instillations au sublimé paraissent donner de très bons résultats dans toutes les cystites et surtout dans les cystites tuberculeuses.

Dans certains cas de cystite blennorrhagique qui avaient résisté aux instillations argentiques, quelques instillations au sublimé ont permis d'arriver vite à la guérison.

Dans une leçon clinique faite à l'hôpital Necker, M. Guyon cite sept cas de cystite blennorrhagique dont cinq furent traités par les instillations au sublimé : il y a eu quatre guérison et une très grande amélioration. Les deux autres ont été traités par les lavages sans succès (*An. des mal. des org. gén. urin.*, 1893).

Voici encore deux observations que nous empruntons à M. Colin, et qui se rapportent à des malades atteints de cystite blennorrhagique et traités par les instillations au sublimé.

a) OBSERVATION

S..., 34 ans ; cystite blennorrhagique datant de deux mois, mictions douloureuses tous les trois quarts d'heure ;

capacité vésicale 50 grammes, urine très trouble renfermant des gonocoques. Après six semaines de traitement, huit mictions dans les 24 heures ; capacité vésicale 60 grammes ; douleurs nulles ; urines claires, plus de gonocoques.

b) OBSERVATION

S..., 39 ans ; cystite datant de un mois. 15-16 mictions douloureuses le jour, un peu moins la nuit ; urines légèrement troubles. Au bout de trois semaines de traitement, 6-7 mictions non douloureuses dans les 24 heures ; urines claires.

Parmi les autres substances employées nous citerons seulement l'iodoforme en suspension dans la glycérine ou la vaseline liquide stérilisée, qui paraît n'avoir aucune action contre les microbes de la cystite ; le retinol salolé (Desnos), etc.

Tels sont en somme les moyens employés contre la cystite blennorrhagique aiguë ou suraiguë. Quand celle-ci passe à l'état chronique il faut encore persévérer dans l'emploi des lavages et surtout des instillations faites à des intervalles réguliers et aidés par le régime lacté aussi intégral que possible.

Il va sans dire que les autres moyens hygiéniques ne seront pas négligés : chemise de flanelle, climat doux et sec, bains d'Uriage (si un élément dartreux est soupçonné d'entretenir l'affection), continence sexuelle, etc.

S'il y a un obstacle à l'émission de l'urine (rétrécissement) on le fera disparaître.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Auguste M..., âgé de 25 ans, mécanicien, entre à l'hôpital Ricord le 10 août 1895 ; salle 6, n° 5.

Syphilis il y a cinq ans, traitée par la liqueur de Van Swieten pendant un mois, et puis par le KJ.

Première blennorrhagie en 1885, durée trois mois, traitée par les injections au permanganate de potasse et l'opiat balsamique.

Deuxième blennorrhagie en 1889, traitée par les injections de glycérine et alun.

Troisième blennorrhagie en 1891, à la Nouvelle-Calédonie, durée trois mois traitée par les injections au sulfate de zinc et bismuth. Cuisson pendant la miction, pendant trois, quatre mois après la guérison.

Quatrième blennorrhagie en 1894, durée trente jours, traitée sans succès d'abord par les lavages au permanganate de potasse et puis par les lavages au nitrate d'argent ; guérie par les injections à l'alun et glycérine.

Cinquième blennorrhagie depuis le 28 juillet 1895 ; le 7 août, le malade fait une injection de glycérine et d'alun,

le soir il voit une femme et le lendemain il se donne une nouvelle injection d'alun et glycérine à la suite de laquelle il commence à éprouver de la difficulté pour uriner, les envies d'uriner se répètent toutes les cinq ou dix minutes avec émission de quelques gouttes d'urine seulement.

Le malade entre à l'hôpital le 10 août où on le met au repos et au régime lacté intégral (trois litres de lait par jour) et six grammes de biborate de soude ; dès le lendemain le malade se sent beaucoup mieux, il urine moins fréquemment et le 12 août il n'urine plus que deux fois dans la nuit, l'urine des deux verres et trouble.

13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 août. — L'amélioration continue, les mictions sont plus espacées, et l'urine laisse moins de dépôt.

21 août. — Même état. Instillation argentique à 1/50.

23, 24 août. — Même état.

26 août. — Deuxième instillation argentique.

28 août. — Le malade urine deux fois cette nuit et six fois dans la journée. Urine un peu moins trouble dans le deuxième verre.

29, 30 août. — Même état.

31 août. — Troisième instillation.

3 septembre. — Le malade n'urine qu'une fois la nuit et cinq à six fois dans la journée. Urine du deuxième verre claire.

4, 5, 6 septembre. — Même état.

8 septembre. — Quatrième instillation.

10 septembre. — Le malade n'a uriné qu'une fois cette nuit, hier dans la journée il a uriné cinq à six fois. Urines claires.

12, 13, 14, 15 septembre. — Même état. Aucun symptôme de cystite.

16, 17, 18 septembre. — Même état.

20 septembre. — On met le malade au régime mixte.

21, 22, 23, 25 septembre. — La guérison de la cystite persiste.

27 septembre. — La guérison de la cystite persistant, on lui prescrit l'opiat balsamique (copahu et cubèbe) contre la blennorrhagie.

29 septembre. — Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION II (personnelle).

Jean S..., âgé de 23 ans, employé de banque. Entré le 3 août 1895, salle 6, n° 35.

Toujours bien portant.

Actuellement blennorrhagie de 12 mois ; traité sans succès par les injections à la pierre divine, le sublimé et l'opiat, le malade attribue cet insuccès à des excès vénériens qu'il fait dès qu'il se sent un peu mieux. A la suite des excès de boissons et des excès vénériens commis le 14 juillet et les jours suivants l'écoulement a augmenté, des douleurs ont apparu pendant l'érection et la miction, et vers la fin du mois de juillet il a été pris des envies fréquentes d'uriner (environ 10-15 fois par jour) et à la fin de chaque miction il s'écoulait un peu de sang pur. Le malade entre à l'hôpital le 3 août, à l'examen les urines sont troubles dans les deux verres. On le soumet au repos et au régime lacté intégral (2 litres et demi de lait par jour) et 6 grammes de biborate de soude. Depuis le 7 août les mictions sont devenues plus espacées, les douleurs ont diminué,

et le 12 août il n'urine plus que six ou sept fois par 24 heures.

L'urine du premier verre est trouble, celle du second verre est claire.

13 août. — Le malade urine une seule fois la nuit.

14, 15, 16 août. — La guérison persiste, l'urine du deuxième verre est claire. On permet au malade le régime mixte.

17, 18, 19 août. — La guérison persistant, le malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION III (personnelle).

M. Stoll., garçon de magasin, âgé de 20 ans.

Blennorrhagie datant du mois de mars 1895, traitée d'abord par la tisane de queues de cerises, et les bains de son pendant un mois, puis par les capsules de copahu et les capsules à l'essence de térébenthine sans succès, l'écoulement tout en diminuant n'avait pas complètement cessé.

Le 12 juin le malade fait quelques excès à la suite desquels il est pris d'envies fréquentes d'uriner (toutes les cinq ou dix minutes) avec un peu de sang à la fin de la miction, et le 15 juin il entre à l'hôpital Ricord (service de M. Mauriac) où on lui fait l'instillation de nitrate d'argent.

Le 20 juin. — On lui fait une seconde instillation, dès le lendemain le malade se sent un peu mieux, les mictions ne sont plus aussi fréquentes.

Le 24 juin. — On lui fait une troisième instillation et le

malade quitte l'hôpital le 29 juin assez amélioré de sa cystite, mais pas bien guéri.

Il rentre de nouveau à l'hôpital dans le service de M. Balzer le 6 juillet.

Les urines dans les deux verres sont troubles.

7 juillet. — Le malade a uriné cinq ou six fois dans la nuit et neuf fois dans la journée. Prescription : repos complet au lit, régime lacté intégral et 6 grammes de biborate de soude.

8 juillet. — Le malade se sent mieux, les douleurs lombaires commencent à diminuer.

9, 10 juillet. — Le malade a uriné trois fois dans la nuit, l'urine des deux verres est trouble.

11 juillet. — Même état, une instillation argentique ; effets habituels de l'instillation.

12, 13 juillet. — Le malade n'urine que deux fois la nuit et quatre fois le jour, l'urine des deux verres est toujours trouble.

14, 15 juillet. — Même état.

16 juillet. — Une instillation.

17, 18, 19. — Le malade n'urine plus qu'une fois la nuit et deux, trois fois le jour.

L'urine du deuxième verre commence à s'éclaircir.

20 juillet. — Le malade n'a pas uriné la nuit du tout, deux fois seulement dans la journée. L'urine du deuxième verre est assez claire.

21, 22. — L'amélioration persiste et le 23 le malade sort guéri de sa cystite.

OBSERVATION IV (personnelle).

Emile G..., âgé de 34 ans, plombier. Entre le 14 juillet 1895, salle 6, n° 40.

Première blennorrhagie en 1885, durée trois mois, compliquée d'orchite droite, traitée d'abord par les tisanes de graines de lin, de chiendent, puis coupée par le cubèbe. L'orchite a duré dix jours, guérie par l'application des sangsues.

Chancres mou en 1887, traité d'abord par la pommade de calomel, puis par l'iodoforme.

Deuxième blennorrhagie en 1895, au mois de mai, traitée d'abord par la tisane de chiendent et puis par le bicarbonate de soude. Le 9 juillet, le malade boit beaucoup de bière et dès le lendemain, il est pris d'envies fréquentes d'uriner, se répétant toutes les 5 ou 10 minutes et suivies d'un peu d'écoulement de sang et de douleurs rétro-pubiennes.

Il entre à l'hôpital le 14 juillet, on le soumet au repos, au régime lacté intégral et à 6 grammes de biborate de soude par jour (en deux prises). Les mictions deviennent de jour en jour plus espacées et moins douloureuses. Mais comme les urines du deuxième verre sont encore troubles, on lui fait une instillation le 2 août.

Les 3, 4, 5 août. — Rien de particulier à noter; l'urine du deuxième verre est toujours trouble.

Le 6 août. — Seconde instillation.

Les 7, 8 août. — Le malade se sent mieux, il n'urine que deux fois la nuit, l'urine du deuxième verre commencée à s'éclaircir légèrement.

Le 9 août. — Troisième instillation.

Les 10, 11, 12. — L'amélioration continue, le malade urine une seule fois dans la nuit du 12 août, l'urine du deuxième verre est plus claire.

Le 13 août. — Quatrième instillation.

Le 14 août. — Le malade urine deux fois dans la nuit, l'urine du deuxième verre est trouble (effet de l'instil.).

Le 15 août. — Le malade n'a pas uriné dans la nuit; trois fois dans la journée, l'urine du deuxième verre est assez claire.

Les 16, 17, 18 août. — L'amélioration persiste, l'urine du deuxième verre devient de plus en plus claire.

20 août. — Même état, on permet au malade le régime mixte.

Le 25. — Il quitte l'hôpital guéri de sa cystite.

OBSERVATION V (personnelle).

Giroux F..., âgé de 23 ans, profession maçon.

Première blennorrhagie en 1892; durée un mois et demi. Traitée par la tisane de graines de lin et les bains (trois par semaine) pendant trois semaines. Pendant la quatrième semaine le malade prend des capsules de copahu pendant une dizaine de jours qui ne lui font rien, l'écoulement persiste. Une semaine plus tard le malade sur le conseil d'un ami fait infuser une livre d'oignon dans un litre de vin blanc pendant 24 heures, puis il boit cette infusion, en deux jours il est guéri (?)

Deuxième blennorrhagie au mois de mars 1895 avec des envies très fréquentes d'uriner, se répétant toutes les dix

minutes environ le jour et la nuit, avec émission de quelques gouttes de sang à la fin de chaque miction. Le malade entre à l'hôpital Ricord le 2 juin. Traitement : régime lacté intégral et six grammes de biborate de soude, en même temps on lui fait une instillation argentique tous les trois jours. Le 11 juin tous les symptômes de la cystite ont disparu. On suspend le régime lacté et on commence en même temps à lui faire des lavages au permanganate de potasse.

Le malade sort complètement guéri de la cystite et de la blennorrhagie le 16 juillet 1895.

Il rentre de nouveau le 14 août 1895 pour un chancre syphilitique du prépuce avec bubon suppuré à gauche.

OBSERVATION VI (personnelle).

Martin L..., âgé de 30 ans; profession cordonnier.

Première blennorrhagie datant du 11 juillet 1895. Traité par le sirop anti-nerveux (?) et les pilules sicatives (?) d'un spécialiste sans aucun succès. Le 19 août le malade ressent des envies très fréquentes d'uriner avec émission de quelques gouttes de sang et des douleurs à la fin de chaque miction.

Le malade entre à l'hôpital Ricord (salle 6, lit 35) le 31 août 1895. L'urine des deux verres est trouble. Traitement : repos au lit; régime lacté intégral, 6 grammes de biborate de soude et trois bains par semaine.

Le 23 août. — L'hématurie a complètement disparue et les mictions sont devenues plus espacées.

Dans la nuit de 24 à 25 août. — Le malade urine seulement quatre fois.

Dans la nuit de 25 à 26 août. — Il urine seulement trois fois.

27, 28, 29, 30, 31. — L'amélioration continue. Le malade n'urine plus de 1-2 fois dans la nuit. L'urine du deuxième verre commence à s'éclaircir.

1, 2, 3 septembre. — L'amélioration continue.

4, 5 septembre. — On permet au malade le régime mixte.

7, 10 septembre. — Aucun signe de cystite, le malade commence à prendre de l'opiat (l'écoulement a diminué notablement et est devenu filant). Il sort le 15 septembre.

OBSERVATION VII (personnelle).

Pecheur Ch..., âgé de 33 ans ; ancien sous-lieutenant. Entré le 21 août, salle 6, lit 16.

Jusqu'à l'âge de sept ans des incontinenances nocturnes d'urine revenant de temps en temps.

Première blennorrhagie en 1883, traitée sans succès par les injections au sulfate de zinc, le copahu, cubèbe, santale, térébenthine, le malade a conservé la goutte militaire qui n'a jamais guérie depuis. Vers le quinzième jour de sa chandepisse le malade a ressenti les symptômes de la cystite qui ont duré pendant huit ou dix jours, et ont disparu à la suite d'un traitement interne par la térébenthine, l'eau de Vichy et le lait.

Depuis 1889 jusqu'en 1895, le malade a été souvent pris d'incontinenances nocturnes d'urine qui duraient pendant deux, trois mois, disparaissant pendant cinq, six mois, pour revenir de nouveau.

Le 20 juillet 1895, le malade attrape une nouvelle blennorrhagie et le 20 août commence à éprouver des envies très fréquentes d'uriner (20-30 fois dans les vingt-quatre heures) avec de la douleur, et l'émission de quelques gouttes de sang à la fin de chaque miction.

Il entre à l'hôpital le 21 août 1895.

Traitement : Régime lacté intégral ; six grammes de biborate de soude.

Le 26 août. — Le malade urine moins fréquemment et l'hématurie disparaît complètement.

Le 28 août. — L'amélioration continue ; l'urine du deuxième verre s'est légèrement éclaircie, le malade n'urine plus que sept, huit fois dans les vingt-quatre heures.

31 août. — Les mictions ont lieu toutes les trois, quatre heures le jour, les douleurs à la fin de la miction ont complètement disparu.

2, 4, 5 septembre. — Même état.

6 septembre. — Même état. On permet au malade le régime mixte.

7 septembre. — Le malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION VIII (personnelle).

T. Ar..., âgé de 23 ans, profession ébéniste. Entré le 28 août 1895, salle, 6, lit n° 8.

Première blennorrhagie datant du 15 juillet 1895, traitée par la limonade au salicylate et bicarbonate de soude et les injections au permanganate de potasse ; incomplètement guéri.

Le 23 août. — Le malade est pris d'envies très fréquentes d'uriner avec douleur à la fin de la miction.

A son entrée à l'hôpital on le soumet au régime lacté intégral et six grammes de biborate de soude par jour. Dans la nuit du 28 à 29, le malade urine sept, huit fois.

30 août. — Le malade urine treize fois dans la journée. Urine trouble dans le deuxième verre.

31 août. — Même état.

1, 3, 4 septembre. — Le nombre des mictions diminue (7 à 8 par jour), urine trouble.

7, 9, 10 septembre. — Les douleurs à la fin de la miction ont presque disparu et le malade n'urine plus de cinq, six fois dans la journée et deux, trois fois la nuit ; l'urine commence à s'éclaircir légèrement.

12 septembre. — Même état.

14, 16 septembre. — L'amélioration continue.

20 septembre. — Le malade urine quatre fois dans la journée et une seule fois la nuit. L'urine du deuxième verre est encore plus claire.

22, 25 septembre. — Même état.

27 septembre. — On permet au malade le régime mixte et il quitte l'hôpital le 30, guéri de sa cystite.

OBSERVATION IX (personnelle).

Pioch L..., âgé de 45 ans, profession tailleur de pierre. Entré le 28 août 1895, salle 6, lit n° 13.

Première blennorrhagie en 1892, traitée et guérie par les capsules à l'essence de santal et l'essence de térébenthine.

Deuxième blennorrhagie du 1^{er} août 1895.

Le 23 août. — Le malade est pris de violentes envies

d'uriner avec émission de quelques gouttes de sang pur à la fin de chaque miction et des douleurs rétropubiennes.

Examen des urines. — Troubles dans le premier et le second verre.

Traitement. — Régime lacté intégral et 6 grammes de biborate de soude par jour.

30 août. — Les douleurs à la fin de la miction ont notablement diminué et l'écoulement de sang a complètement cessé, urine trouble dans les deux verres.

1^{er}, 2 septembre. — Le malade urine huit ou dix fois dans la journée et trois quatre fois la nuit.

4, 5, 7 septembre. — L'amélioration continue : le malade n'urine que sept à huit fois dans la journée, urine trouble dans les deux verres.

10 septembre. — Le malade urine cinq fois dans la journée et deux seulement dans la nuit : l'urine du deuxième verre commence à s'éclaircir légèrement.

12, 14 septembre. — Même état.

20 septembre. — L'urine du deuxième verre s'est encore éclaircie, aucun autre symptôme de cystite.

24 septembre. — On permet au malade le régime mixte.

26 septembre. — La guérison persiste.

29 septembre. — Le malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION X (personnelle).

Jacquelard E..., âgé de 29 ans, profession parquetier.

Entré le 28 août 1895, salle 6, lit n° 7.

Un échauffement en 1888, durée dix jours.

Second échauffement en 1891, durée cinq jours.

Actuellement blennorrhagie de huit mois, avec albuminurie légère.

Il y a deux mois le malade a été pris d'envies fréquentes d'uriner avec ténésme et hématurie : traité en ville par des cachets contenant du salol, du benzoate et du bicarbonate de soude ; contre l'hématurie on lui a ordonné de l'ergotine. Le malade n'a suivi ce traitement que quelques jours seulement.

Il entre à l'hôpital le 28 août 1895. Urine trouble dans les deux verres, hématurie. Traitement : régime lacté intégral et 6 grammes de biborate de soude.

31 août. — L'hématuria a cessé et les douleurs à la fin de la miction ont notablement diminué.

2 septembre. — Les douleurs continuent à diminuer ; l'urine des deux verres est trouble.

4, 6 septembre. — Le malade urine seulement sept huit fois dans la journée et trois quatre fois dans la nuit.

7, 8, 10 septembre. — L'amélioration continue. Dans la nuit de 9 à 10 septembre le malade a uriné deux fois seulement ; l'urine du deuxième verre commence à s'éclaircir.

12, 13 septembre. — L'amélioration continue.

14 septembre. — Le malade a uriné cinq fois dans la journée et une seule la nuit ; l'urine est encore plus claire.

17, 18. — Même état.

20 septembre. — Le malade n'a pas uriné cette nuit ; hier il a uriné cinq fois.

23 septembre. — Le malade urine seulement quatre fois dans la journée et pas dans la nuit ; les urines continuent à s'éclaircir.

25 septembre. — Presqu'aucun signe de cystite.

28 septembre. — On permet au malade le régime mixte.

30 septembre. — La guérison persiste.

1^{er}, 3, 5 octobre. — Même état.

OBSERVATION XI (personnelle).

Dreyfus L..., âgé de 25 ans, profession garçon boucher.
Entré le 3 août 1895, salle 6, lit 27.

Première blennorrhagie en 1892, traitée par les injections à l'eau blanche, etc., et guérie en 6 mois.

Deuxième blennorrhagie depuis le commencement du mois de juillet 1895, traitée par les injections au permanganate de potasse, sans succès.

Le 1^{er} août. — Vers le soir le malade est pris d'envies très fréquentes d'uriner (toutes les 5, 10 minutes) avec émission de quelques gouttes de sang à la fin de la miction et des douleurs rétropubiennes.

Il entre à l'hôpital le 3 août; l'urine dans les deux verres est trouble. Traitement : repos au lit, régime lacté intégral et 6 grammes de biborate de soude par jour.

5 août. — L'hématurie a presque complètement cessé. Les douleurs à la fin de la miction sont moins vives. Mictions encore très fréquentes. Urine trouble dans les deux verres.

7, 8, 9 août. — L'amélioration continue, le malade n'urine que 10, 12 fois dans la journée et 4, 5 fois la nuit. L'urine du deuxième verre commence à s'éclaircir légèrement.

12 août. — Le malade a uriné huit fois hier dans la journée et quatre fois cette nuit.

13, 14, 15. — Aucune douleur à la fin de la miction,

celle-ci n'a lieu que toutes les deux heures environ dans la journée et 2, 3 fois seulement la nuit. L'urine du deuxième verre est encore plus claire.

18 août. — Le malade n'a uriné hier que cinq fois et une seule fois cette nuit. Urine presque claire.

19, 20, 21 août. — Même état.

22, 23 août. — Aucun symptôme de cystite.

24 août. — On permet au malade le régime mixte.

25 août. — Le malade a quitté hier l'hôpital.

30 août. — Le malade rentre de nouveau à l'hôpital pour sa chaudepisse. La guérison de la cystite s'est maintenue. Ce malade est en outre hypospadiac.

OBSERVATION XII (personnelle).

Lemery P..., âgé de 42 ans, profession journalier. Entré le 28 août 1895, salle 7, lit n° 3.

Echauffement en 1875, durée 4-5 jours.

Actuellement blennorrhagie de 15 jours.

Il y a 5 jours le malade a été pris d'envies très fréquentes d'uriner presque toutes les 4-5 minutes avec des douleurs violentes à la fin de la miction et ne rendant chaque fois que quelques gouttes d'urine. L'urine est trouble dans le premier et le second verre.

Traitement. — Repos absolu au lit, régime lacté intégral et 6 grammes de biborate de soude.

Dans la nuit du 29 au 30 août, le malade n'urine que cinq fois.

31 août. — Les douleurs à la fin de la miction ont légèrement diminué.

2, 3 septembre. — Les douleurs continuent à diminuer, le malade urine 10-12 fois dans la journée et 3-4 fois la nuit; urines troubles dans les deux verres.

4, 5, 7 septembre. — Même état.

10 septembre. — Le malade a uriné hier huit fois dans la journée et quatre dans la nuit.

12, 14 septembre. — Les douleurs ont presque complètement disparu; le malade urine 5-6 fois dans la journée et 2-3 fois dans la nuit; les urines commencent à s'éclaircir légèrement.

17, 18 septembre. — L'amélioration continue, les mictions deviennent plus espacées.

20 septembre. — Le malade a uriné une seule fois cette nuit.

22 septembre. — Même état.

24, 26, 28. — Les urines continuent à s'éclaircir, aucun autre symptôme de cystite.

29 septembre. — On permet au malade le régime mixte.

1, 3 octobre. — La guérison persiste. Urine claire du deuxième verre.

7 octobre. — On donne au malade l'opiat balsamique.

OBSERVATION XIII (personnelle).

M..., âgé de 28 ans, profession étudiant.

Première blennorrhagie en 1893, durée deux mois, guérie.

Deuxième blennorrhagie en février 1895, traitée pendant trois mois par quatre séries de lavages au permanganate de potasse sans succès (on lui faisait une série de

10-12 lavages, la guérison survenait dès le 2-3 lavage, on continuait les lavages pendant 10-12 jours, puis on renvoyait le malade comme guéri, mais au bout de 7-10 jours l'écoulement reparaisait, on recommençait les lavages, etc.), guéri par les injections au sulfate de zinc et le copahu.

Le 7 septembre. — Le malade croyant apercevoir une très petite gouttelette au méat, fait un lavage au permanganate de potasse à 1/4000 ; il continue les lavages pendant quatre jours en augmentant progressivement la dose, et le 10 septembre il fait un lavage au 1/1500. A la suite de ce dernier lavage, il est pris d'envies fréquentes d'uriner avec des violentes douleurs à la fin de la miction et émission de quelques gouttes de sang.

Nous voyons le malade le 10 septembre le soir, et nous lui conseillons de ne pas faire des lavages, de garder le repos le plus complet au lit et de prendre 6 grammes de biborate de soude par 24 heures ; en même temps nous lui conseillons de boire du lait et une nourriture très légère.

Le 11 septembre. — Les mictions sont plus espacées, les douleurs à la fin de la miction sont très diminuées et les dernières gouttes d'urine sont légèrement teintées en rose (pas de sang pur). L'urine du deuxième verre est moins trouble.

Le 12 septembre. — Le malade urine quatre fois seulement le jour, les douleurs à la fin de la miction ont complètement disparu ; pas du tout de sang à la fin de la miction. L'urine du deuxième verre est moins trouble qu'hier.

13, 14 septembre. — Le malade, guéri de sa cystite, mais apercevant quelques filaments dans son urine, commence à prendre des capsules de santal, à la dose de 15 par jour, les envies fréquentes d'uriner apparaissent (4-5

fois la nuit) et persistent pendant tout le temps qu'il prend le santal (deux semaines), puis il diminue la dose des capsules et en même temps les mictions deviennent plus rares.

Lorsqu'il suspend complètement le santal, tout rentre dans l'ordre.

OBSERVATION XIV (personnelle).

M... Camille, âgé de 19 ans, garçon marchand de vin. Entré le 25 septembre 1895, salle 6, lit 13.

Blennorrhagie le 2 septembre, aucun traitement.

Le 20 septembre. — Le malade éprouve des envies très fréquentes d'uriner avec douleurs vives à la fin de chaque miction et légère hématurie. A son entrée à l'hôpital, on le soumet au régime lacté intégral et à 6 grammes de biborate de soude par jour.

29 septembre. — L'hématurie a complètement cessé. Les mictions sont un peu plus espacées (toutes les demi-heures environ). Urines très troubles avec dépôt assez abondant.

1, 3 octobre. — Même état.

5, 7, 9 octobre. — Même état.

10, 11, 13, 15 octobre. — Même état.

17, 19, 20 octobre. — Même état. Instillation au nitrate d'argent (solution à 1/50).

21, 23, 24 octobre. — Même état.

26 octobre. — Même état. Deuxième instillation argentique.

27, 28, 29 octobre. — Même état.

1^{er} novembre. — Même état. Troisième instillation argentique.

2, 3, 4 novembre. — Même état.

6 novembre. — Quatrième instillation argentique.

7, 9, 10, 11 novembre. — Même état (légère amélioration).

12 novembre. — Cinquième instillation.

14 novembre. — Amélioration assez prononcée : le malade n'urine que toutes les deux et même trois heures. Urines légèrement éclaircies.

15 novembre. — L'amélioration continue. Le malade n'a uriné que trois fois dans la nuit et 6-7 fois dans la journée. Urines un peu plus claires qu'hier.

17 novembre. — Le malade n'urine que toutes les 2-3 heures le jour ; 2-3 fois seulement la nuit. Même état des urines.

19 novembre. — Sixième instillation.

21 novembre. — Le malade n'a uriné que deux fois cette nuit et six fois dans la journée, urines assez claires.

22 novembre. — Le malade n'urine qu'une fois cette nuit et cinq ou six fois dans la journée. Urine du deuxième verre claire.

23 novembre. — Même état : urines claires, aucun symptôme de cystite.

24, 25, 26 novembre. — La guérison persiste.

27 novembre. — On permet au malade le régime mixte.

29 novembre. — La guérison persiste.

OBSERVATION XV (personnelle).

B. H..., âgé de 33 ans, profession mécanicien. Entré le 28 septembre 1895 ; salle 6, lit 39.

Première blennorrhagie datant du 13 septembre. Le malade a été pris le 27 des envies fréquentes d'uriner avec douleurs, et émission de quelques gouttes de sang à la fin de chaque miction.

Traitement. — Régime lacté intégral, 6 grammes de biborate de soude par jour et deux grands bains par semaine. Dès le lendemain de ce traitement le malade se sent mieux, le sang diminue, et le 2 octobre il disparaît complètement ; les envies fréquentes d'uriner ont diminué, et le 4 octobre le malade n'urine plus que deux fois la nuit. Les urines sont assez claires.

6 octobre. — Le malade n'accuse aucun signe de cystite.

7, 8, 9 octobre. — La guérison persistant, on permet au malade le régime mixte.

10, 12, 13 octobre. — La guérison persiste.

16 octobre. — La guérison persiste.

18 octobre. — La guérison persistant on donne au malade l'opiat balsamique.

20 octobre. — Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XVI (personnelle).

D. A..., âgé de 18 ans, garçon marchand de vin ; entre le 27 septembre 1895 ; salle 6, lit 11.

Blennorrhagie de 8 mois.

Depuis deux mois le malade éprouve des envies fréquentes d'uriner avec un peu de douleur à la fin de la miction ; il vient à la consultation le mois d'août où on lui prescrit le régime lacté intégral avec 6 grammes de biborate de soude. Le malade n'a pas bien suivi cette prescription : il

boit beaucoup de lait (1, 2 litres par jour), mais il ne s'est pas privé des autres aliments, et la cystite tout en diminuant d'intensité n'a pas cessé complètement.

Le 25 septembre. — Les symptômes de cystite augmentent d'intensité, l'hématurie apparaît et le malade se voit obligé de rentrer à l'hôpital où il est soumis au régime lacté exclusif et 6 grammes de biborate de soude.

Le 30 septembre. — L'hématurie a complètement cessé, mais le malade urine assez fréquemment (10, 15 fois par jour). L'urine du deuxième verre est assez trouble.

Les 1^{er}, 2, 3 octobre. — Légère amélioration.

Le 10 octobre. — Le malade urine moins fréquemment (5, 6 fois par jour), l'urine s'est beaucoup éclaircie.

15 octobre. — Aucun signe de cystite.

18 octobre. — La guérison persistant, on permet au malade le régime mixte.

20, 21, 23 octobre. — La guérison persiste.

25 octobre. — La guérison persiste. Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XVII (personnelle).

Cystite consécutive aux lavages à l'argentamin.

Eugène L..., âgé de 18 ans ; profession garçon de café. Entre le 21 septembre 1890. Salle 6, lit 7.

Blennorrhagie datant du 16 septembre. On soumet le malade au lavage à l'argentamin à 1 pour 4000. Au huitième lavage, le 29 septembre, le malade est pris de symptômes de cystite avec émission de quelques gouttes de sang et douleurs à la fin de la miction.

On suspend immédiatement les lavages et on soumet le malade au régime lacté intégral avec 6 grammes de biborate de soude par jour et repos complet au lit.

Le 1^{er} octobre. — L'hématurie disparaît.

Le 2, 3 octobre. — Les douleurs ont disparu et les mictions sont assez espacées (toutes les 3-4 heures). Urines assez claires.

5, 6 octobre. — L'amélioration continue, le malade se plaint du lait qu'il n'aime pas. Urine toujours assez claire.

7, 8 octobre. — La guérison persistant, on lui permet le régime mixte.

9, 10, 11, 13 octobre. — La guérison persiste.

OBSERVATION XVIII (personnelle).

G... Philippe, âgé de 28 ans, profession garçon de salle. Entré le 16 octobre 1895 ; salle 6, lit n° 30.

Première blennorrhagie en 1892 avec orchite double et funiculite gauche, traitée à l'hôpital Ricord et guérie.

Chancre syphilitique il y a deux ans.

Deuxième blennorrhagie au mois de juillet 1894 à la suite de laquelle il a persisté une goutte tous les matins.

Le 14 octobre 1895. — Le malade est pris d'envies fréquentes d'uriner (se répétant toutes les 10-15 minutes) avec émission de quelques gouttes de sang à la fin de chaque miction ; le 15 octobre les mêmes symptômes augmentant d'intensité le malade entre à l'hôpital le lendemain. L'urine dans les deux verres est trouble. Traitement : régime lacté intégral et à 6 grammes de biborate de soude par jour, aidé par le repos absolu au lit.

Dès le deuxième jour de ce traitement l'hématurie cesse et les mictions deviennent plus espacées.

19 octobre. — Le malade n'urine que toutes les 2-3 heures, les douleurs à la fin de la miction ont presque disparu. Urine un peu trouble.

20, 21, 22 octobre. — L'amélioration continue. Même état des urines.

Le 23 octobre. — Le malade est mis au premier degré.

24, 25, 26, 27 octobre. — Aucun signe de cystite, si ce n'est le trouble des urines qui commencent à s'éclaircir mais très lentement.

29, 30 octobre. — Urines un peu plus claires; aucun symptôme de cystite.

1, 3 novembre. — Même état. Urine encore plus claire.

5 novembre. — Même état. Urines assez claires. Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XIX (personnelle).

R... Pierre, âgé de 38 ans ; profession mécanicien ; entré le 23 octobre 1895, salle 6, lit n° 15.

Blennorrhagie de un mois et demi ; orchite droite de trois jours ; rhumatisme blennorrhagique des deux genoux avec épanchement ; cystite de 15 jours avec hématurie.

Traitement. — Régime lacté intégral et 4 grammes de salicylate de soude par jour.

Dès le 25 octobre l'amélioration est considérable, l'hématurie a complètement disparu, les mictions sont plus espacées (se répètent toutes les heures à peu près).

27 octobre. — Le malade n'urine que trois fois dans la

journée, les urines sont moins troubles. Aucune douleur à la fin.

29 octobre. — Le malade n'a uriné qu'une fois la nuit et trois fois dans la journée d'hier. Urine assez claire.

30 octobre. — Aucun symptôme de cystite.

1, 3 novembre. — La guérison persistant on met le malade au régime mixte.

5, 7, 8, 9 novembre. — La guérison de la cystite persiste.

10, 11, 13 novembre. — La guérison persiste.

OBSERVATION XX (personnelle).

R... Dominique, âgé de 46 ans ; profession garçon de salle ; entré le 9 octobre 1895 ; salle 6, lit n° 3.

Première blennorrhagie en 1879, durée six semaines, guérie complètement par l'opiat.

Deuxième blennorrhagie en 1892, qui n'a pas été complètement guérie.

Le malade a une rechute depuis une dizaine de jours avec cystite sans hématurie. Urine trouble dans les deux verres.

Prescription : Régime lacté intégral, et repos complet au lit.

11, 12, 13 octobre. — Les douleurs à la fin de la miction sont diminuées, les mictions sont un peu moins fréquentes.

14, 15, 16, 17 octobre. — L'amélioration continue, les douleurs à la fin de la miction ont presque disparu.

19, 20, 21, 22 octobre. — L'amélioration persiste ; urines encore légèrement troubles.

23, 24, 25, 27 octobre. — Le malade n'urine plus que trois ou quatre fois par jour ; même état des urines.

29 octobre. — Urines légèrement éclaircies, aucun autre symptôme de cystite.

30 octobre. — Même état.

1, 3 novembre. — Urine un peu plus claire. Le malade est mis au régime mixte.

5, 7 novembre. — La guérison persiste, urine presque claire.

9, 10, 11, 13 novembre. — La guérison persiste.

15 novembre. — Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXI (personnelle).

Louis P..., âgé de 18 ans ; profession plombier. Entré le 26 octobre 1895, salle 6, lit n° 9.

Blennorrhagie de dix jours.

Le 25 octobre. — Vers le soir le malade est pris tout-à-coup de besoins très fréquents d'uriner, avec douleur rétro-pubiennes à la fin de la miction et l'émission de quelques gouttes de sang. Les urines sont troubles dans le premier et le deuxième verre et par le repos laissent déposer un dépôt abondant.

Prescription : Régime lacté intégral et repos absolu au lit. Dès le deuxième jour le sang n'apparaît plus à la fin de la miction, le malade se sent mieux.

Le 28 octobre. — Le malade n'urine plus que toutes les deux heures, la douleur qu'il éprouvait à la fin de la miction a considérablement diminué. Les urines sont toujours troubles.

Le 31 octobre. — Les mictions sont encore plus espacées, la douleur a presque disparu. Les urines sont un peu moins troubles.

Les 2, 3 novembre. — Urines très légèrement troubles; aucun autre signe de cystite.

Le 5 novembre. — On met la malade au régime mixte (4 degrés).

7, 9 novembre. — La guérison persiste.

11, 13, 14, 16 novembre. — La guérison persiste.

OBSERVATION XXII (personnelle).

Sc... Joseph (de Lucerne), âgé de 18 ans; profession maroquinier. Entré le 30 octobre 1895, salle 6, lit n° 32.

Blennorrhagie de quinze mois. Rechute.

Rhumatisme blennorrhagique du genou gauche et de l'annulaire droit.

Cystite avec hématurie depuis le 27 octobre.

A son entrée à l'hôpital le malade urine toutes les 5-6 minutes avec émission de plusieurs gouttes de sang à la fin de chaque miction et des douleurs rétropubiennes; urines très troubles.

Traitement. — Régime lacté intégral et 6 grammes de salicylate de soude.

1^{er} novembre. — L'hématurie a complètement cessé; mictions fréquentes, urines troubles.

2, 3 novembre. — Le malade n'urine que toutes les heures environ; les urines sont un peu moins troubles; les douleurs rétro-pubiennes sont moins fortes.

5 novembre. — Le malade n'urine que toutes les deux ou trois heures. les douleurs à la fin de la miction ont presque complètement disparu, les urines sont encore plus claires.

7 novembre. — Le malade n'urine que toutes les deux, trois, quatre heures; aucune douleur à la fin de la miction; les urines sont encore plus claires. Le malade demande instamment à manger, on le met au régime mixte.

8, 9 novembre. — Urines un peu plus troubles que les autres jours; les mictions deviennent un peu plus fréquentes.

10 novembre. — Les urines sont encore plus troubles; mictions assez fréquentes (léger ténesme vésical).

11 novembre. — Urines franchement troubles, le ténesme vésical s'accusant davantage, le malade demande lui-même à être mis de nouveau au régime lacté intégral, ce qui est fait.

12 novembre. — Amélioration notable; le ténesme vésical a complètement disparu; urines très claires. Application de la pommade gaïacolée sur le genou malade.

13 novembre. — Mictions assez fréquentes (toutes les deux heures environ), urine encore plus claire.

14, 15, 16 novembre. — Même état.

17 novembre. — La guérison de la cystite persiste. Douleurs dans le genou droit.

19, 20, 21, 22 novembre. — La guérison de la cystite persiste.

24, 25, 26 novembre. — Même état.

27, 28, 30 novembre. — Même état.

OBSERVATION XXII (personnelle).

G... Georges, âgé de 19 ans; profession imprimeur.
Entré le 6 novembre 1895, salle 8, lit 5.

Blennorrhagie de un mois traitée sans succès par les injections au permanganate de potasse.

Cystite légère de quatre jours; le malade urine une quinzaine de fois dans la journée et cinq ou six fois dans la nuit. Urine trouble dans les deux verres.

Traitement. — Régime lacté integral et 6 grammes de biborate de soude par jour.

9 novembre. — Les mictions sont plus espacées, la douleur à la fin de la miction a presque disparu, les urines sont assez claires.

10 novembre. — Urines assez claires, le malade n'a uriné que deux fois cette nuit et quatre fois dans la journée, aucune douleur à la fin de la miction.

11 novembre. — Depuis hier soir le malade n'urine que toutes les 7, 8 heures; urines un peu plus claires qu'hier.

12, 13 novembre. — Même état.

14 novembre. — Aucuns symptômes de cystite. On permet au malade le régime mixte.

15, 16, 17, 18 novembre. — La guérison persiste.

20, 21, 22, 23 novembre. — La guérison persiste.

OBSERVATION XXIV (personnelle).

C..., Etienne, âgé de 20 ans ; profession charcutier ; entré le 7 novembre 1895, salle 8, lit 3.

Blennorrhagie ancienne.

A la suite d'excès de boissons et de coït le malade est pris vers le 2 novembre de besoins très fréquents d'uriner (10-12 fois la nuit), de douleurs et de l'émission de quelques gouttes de sang à la fin de la miction. L'urine dans es deux verres est trouble. Traitement : régime lacté intégral et 6 grammes de biborate de soude par jour.

9 novembre. — Les urines sont assez claires ; l'hématurie a complètement cessé et le malade n'urine plus que cinq-six fois le jour et autant la nuit.

10 novembre. — Le malade urine deux fois cette nuit et trois fois dans la journée ; les urines sont un peu plus claires qu'hier.

11 novembre. — Le malade n'a uriné qu'une seule fois cette nuit (à minuit), depuis il n'a uriné qu'à dix heures du matin ; aucune douleur à la fin de la miction, même état des urines qu'hier.

12, 13 novembre. — Même état.

14, 15, 16 novembre. — Même état ; aucun symptôme de cystite. Le malade n'urine que quatre-cinq fois dans les 24 heures.

17 novembre. — La guérison persiste.

19, 20 novembre. — On permet au malade le régime mixte.

21, 22, 23 novembre. — La guérison persiste.

25, 26 novembre. — La guérison persistant, le malade quitte l'hôpital.

CONCLUSIONS

1° Le régime lacté intégral aidé par le repos au lit et les soins hygiéniques constitue la base du traitement de la cystite blennorrhagique aiguë.

2° Il est utile de joindre à ce traitement hygiénique la médication interne par les antiseptiques des voies urinaires (salol, salicylate de soude, biborate de soude, balsamiques, etc.).

3° Le traitement périvésical (cataplasmes émolients, suppositoires calmants, glace, etc.) constitue un des adjuvants les plus utiles à la médication interne dans tous les cas de cystite aiguë.

4° A lui seul le traitement sus-énoncé suffit pour guérir la plupart des cystites blennorrhagiques aiguës.

5° Dans les cas qui ont résisté à la médication interne ou qui traînent en longueur il faut, tout en persévérant dans l'emploi du régime lacté, avoir recours en même temps au traitement local interne qui se compose, suivant les indications, des instillations ou des lavages vésicaux.

6° Les instillations jouent le principal rôle dans le traitement local de la cystite : elles sont indiquées surtout à une période assez avancée de la cystite aiguë ; cependant

il y a une exception à cette règle : c'est lorsque la période aiguë s'accompagne d'hématurie abondante : dans ce cas il est indiqué de faire une, deux ou trois instillations (*instillation d'urgence*) de nitrate d'argent ou d'antipyrine, puis les cesser et ne les reprendre que plus tard s'il y a lieu.

7° Les lavages jouent un rôle secondaire dans le traitement local de la cystite : ils paraissent surtout indiqués dans le cas où les malades vident mal leur vessie et qu'on est obligé de les sonder.

8° Le nitrate d'argent (en instillation ou lavage) et le sublimé (en instillation) sont les agents thérapeutiques de choix dans le traitement local de la cystite blennorrhagique.

Vu : le Président de la thèse,

TILLAUX.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ABBÔT. — Salol contre la cystite (Boston méd. Surgic. Journ., 17 juillet 1890).
- ALBARRAN et HALLÉ. — Note sur une bactérie pyogène et sur son rôle dans l'infection urinaire. *Acad. de médecine*. Séance du 21 août 1888. *Sem. médicale*, 1888, p. 333.
- AIMERI DE GOYON. — Les indications du régime lacté. Th. de Paris, 1895.
- BALZER. — Thérapeutique des maladies vénériennes, Paris, 1894.
- Art. Cystite, in *Traité de médecine et de thérapeutique*, par Brouardel et Gilbert. T. II. Paris, 1896.
- BERLIOZ (A.). — Passage des bactéries dans l'urine. Th. de Paris, 1887.
- BERLIOZ (F.). — Manuel de thérapeutique, 3^e éd. Paris, 1892.
- BOKHART. — Beitrag zur aetiologie und Path. der Harnrohrenentripper. Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syphilis. 10 Jahrg. 1883, p. 10.
- BUMM. — Der Mikroorganismus der gonorrhoeischen Schleimhauter-Kranknurger. « Gonococcus Neisser » Wiesbaden, 1887.

- Uber gonorrhoeische Michinfection beim Weib.
Deutsche med. Wochenschr., 1887.
- CLADO. — Etude sur une bactérie septique de la vessie,
Th. de Paris, 1887.
- COHNHEIM. — Vorlesungen uber allg. Pathologie, 1880,
p. 490.
- COLIN (G.). — Traitement des cystites par les instillations
de sublimé. Th. de Paris, 1894.
- DEBOVE. — Le régime lacté, thèse d'agrégation, Paris,
1878.
- DELFOSSE. — La pratique de la chirurgie des voies urinaï-
res, Paris, 1887.
- DENYS et SLUYTS. — Bull. de l'Acad. royale de Bruxelles,
1892.
- DESNOS. — Traité pratique de mal. des voies urinaires,
Paris, 1890.
- DIDAY. — La pratique des maladies vénériennes, Paris,
1890.
- DINKLER. — Zwei Falle von Ulcus perforans corneæ nach
conjunctival tripper. Graefes Archives fur opht.
XXXIV, III, p. 21 in Baumgartens Zachresbericht,
1888, p. 77.
- DUMESNIL. — Uber die Sogennante gonorrhoeische Harubla-
sament Zundung. Virchows Archiv. Bd. 126, 1891,
p. 455.
- EISCHHORST. — Handbuch. der spec. Path. u. Therapie.
Bd. IV, 1885, p. 413.
- FINGER. — La blennorrhagie et ses complications, trad.
Hogge, Paris, 1894.
- FOURNIER (A.). — Art. Blennorrhagie etc. in Dict. de méd.
et de Chirurg. pratique. T. V. Paris, 1866.

FURBINGER. — Traité des malad. des voies gén. urinaires.
Trad. Caussade et Hartement, Paris, 1892.

GAZENAVE. — Glace contre l'ischurie et l'hypertrophie de
la prostate. Rev. de therap. méd. chirurg. Bor-
deaux, 1873, n° 7.

GUIARD. — Etude sur la transformation ammoniacale des
urines, thèse de Paris, 1883.

GUYON. — Leçons cliniques sur les maladies des voies uri-
naires, Paris, 1885.

— Leçons cliniques sur les affections chirurg. de
la vessie et de la prostate, Paris, 1885.

— Note sur les conditions de réceptivité de l'ap-
pareil urinaire à l'invasion microbienne. Ann. gén.
urin., mai 1889.

HACHE. — Etude sur les cystites, Th. de Paris, 1884.

HALLÉ. — De l'infection urinaire. Ann. gén. urin. Février
1892.

HARTEMENT. — Des cystites douloureuses et de leur trai-
tement, Th. de Paris, 1887.

HORAND. — Glace contre la cystite blennorrhagique. Lyon
méd., 1874.

JACCOUD. — Clinique de Lariboisière, Paris, 1873.

JADASSOHN. — Uber die gonorrhœ der paraurethralen und
praputialen gang. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1890,
n°s 25-26.

JOHNSON. — The Lancet, 1876, vol. II, p. 847.

— Journal de méd. et de chirurg. prat. de Gand,
1877.

JULIEN. — Traité pratique des mal. vénériennes, 2^e éd.,
Paris, 1886.

- LAMARQUE. — De l'emploi du formol dans les mal. des voies urinaires. Ann. des mal. des org. gén. urin. Paris, 1895, octobre.
- LANGLEBERT. — Traité pratique des mal. des org. sexuels, Paris, 1885.
- LAVAUX. — Leçons sur les mal. de la prostate et de la vessie, Paris, 1890.
- Pathologie des voies urinaires, Paris, 1893.
- LEGRAIN. — Les microbes des écoulements de l'urèthre. Th. de Paris, 1888-89.
- LEPREVOST. — Etude sur la cystite blennorrhagique. Th. de Paris, 1884.
- LEUBE. — Zeitschr. f. klin. medecin., 1881, Bd III, p. 237.
- LISTER. — Transactions of the royal Society of Edinburg, 1874-75.
- LUSTGARTEN UND MANNABERG. — Uber die mikroorganismen der normalen manulichen urethra. Fiertejahrsschr. f. dermat. u. syphilis, XIV Jahrg. 1887, p. 405.
- MANQUAT. — Traité de thérapeutique, 2^e éd. Paris, 1895.
- MELCHIOR (Max). — Cystite et infection urinaire. Trad. Hallé. Paris, 1895.
- MICHÆLIS. — Deutsche med. Wochenschr., 1887, p. 492.
- MUGGE. — Om den saakaldte alkaliske Uringaering og dens Forhold til Blærebetaendelse kbhvn, 1889.
- PETIT et WASSERMAN. — Sur les micro-organismes de l'urèthre normal de l'homme. Ann. gén. urin., 1891, p. 378.
- PETIT. — Cystite blennorrhagique. Th. de Paris, 1853.
- POULIOT. — Cystite du col. Th. de Paris, 1872.
- RONDOT. — Le régime lacté. Bibliothèque Charcot-Debove. Paris, 1894.

ROSENBACH. — Deutsche Ztschr. f. chirurgie. Bd. XIII, 1880, p. 353.

ROVSING. — Om Blærebetaendelsernes Ætiologie, Pathogenese og Behandling. kbhvn, 1889.

— Om Blærebetaendels. Forsvar og Antikritik. Kbhvn, 1890.

SANGER. — Die Tripperaunstechung beim weiblichen geschlecht. Leipzig, 1889.

— Ref. in Baumgartens Jahresbericht, 1889.

SOULIER. — Traité de thérapeutique. Paris, 1891.

STEINSCHNEIDER. — Zur differenzirung der gonococcen Berlin. klin. Wochenschr., 1890. n° 24, p. 533.

THOMPSON. — Chirurgiske sygdomme i Urinorganerne. Oversat af I. Carlsen, 1884.

— Diseases of the urinary organs 8^e éd. London, 1888.

TILLAUX. — Traité de chirurgie clinique, 3^e éd., Paris, 1894. Bull. de Thérapeutique, 1873.

TOUTON. — Uber Folliculitis præputialis et paraurethralis gonorrhoeica. Archiv. f. dermat. in syphilis, 1889, p. 15.

— XI^e Congrès international des sciences méd. tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894. Sem. méd., 4 avril 1894.

TUFFIER. — Maladies des voies urinaires, in Traité de chirurgie de Duplay et Reclus. T. VII, Paris, 1890.

VALETTE. — Art. « Cystite » in Dictionn. de Jaccoud. T. X. Paris, 1866.

WERTHEIM. — Cystite et trombo-phlébite gonorrhoeique. Bull. de la Société impéριο-royale de méd. de Vienne, 1895. Sem. médicale, 1895, 19 juin.

ZEISSLE. — Traité clinique et thérap. des maladies vénériennes. Trad. P. Roger, Paris, 1888.

ZURCARELLI. — Traitement de la cystite par KCLO_3 in Abeille Médicale, 1879, p. 351.

